

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ALEXITHYMIE ET DÉFICITS INTRAPERSONNELS ET INTERPERSONNELS
CHEZ DES PATIENTS VUS EN CLINIQUE POUR UNE
PROBLÉMATIQUE D'INSOMNIE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ANNIE COULOMBE

JANVIER 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Julie Lefebvre, Ph.D.

directrice de recherche

Jury d'évaluation :

Julie Lefebvre, Ph.D.

directrice de recherche

Daniela Wiethaeuper, Ph.D.

évaluatrice interne

Serge Lecours, Ph.D.

évaluateur externe

Sommaire

L'alexithymie se définit par une difficulté à identifier, à décrire et à symboliser ses émotions et ses sentiments. Dans la population générale, 5 à 17 % des gens sont alexithymiques alors que 30 à 60 % des patients vus en clinique en sont affectés. Cette problématique est positivement corrélée avec une variété de maladies physiques, de même qu'une diversité de désordres psychiatriques. Elle contribue à diriger la personne vers une mauvaise interprétation de ses symptômes en amplifiant les effets somatosensoriels ou en influençant à la baisse l'intensité de ses symptômes. Du coup, elle favorise l'adoption de comportements nocifs dont leur agissement vise à apaiser la tension physiologique qui ne peut s'exprimer verbalement. Les personnes alexithymiques présentent aussi des mécanismes de défense immature, des stratégies de régulation émotionnelle mésadaptées et des déficits importants sur le plan interpersonnel. L'objectif de cet essai consiste à explorer l'impact de l'alexithymie sur l'insomnie, soit l'une des voies physiologiques pouvant être empruntée par l'individu affecté. Pour ce faire, l'Échelle d'alexithymie de Toronto (TAS-20), le *Rorschach* ainsi que l'Échelle d'alexithymie au *Rorschach* (RAS) permettent d'établir la présence d'alexithymie. La capacité de contrôle et de tolérance au stress ainsi que la perception des relations et les comportements interpersonnels sont les deux blocs analysés au *Rorschach*. Également, les Inventaires de dépression et d'anxiété de Beck (BDI-II et BAI) sont administrés afin de connaître leurs impacts sur la problématique, puisqu'elles peuvent à l'occasion être associées à l'insomnie et à l'alexithymie. Parmi les huit participants rencontrés, un seul est considéré alexithymique selon la TAS-20 et la RAS.

Deux autres présentent de fortes caractéristiques alexithymiques aux sous-échelles de la TAS-20, soit à la DDF « difficulté à décrire les émotions » et à la EOT « pensée orientée vers l'extérieur ou pensée opératoire ». De façon générale, les résultats obtenus aux déficits intrapersonnels au *Rorschach* démontrent que les trois participants affichent un score faible à la sous-échelle DIF, ainsi qu'un score élevé aux sous-échelles DDF et EOT. La participante alexithymique expose un registre émotionnel rudimentaire, une régulation émotionnelle pauvre et mésadaptée ainsi qu'une immaturité des mécanismes de défense. En ce qui concerne les déficits interpersonnels au *Rorschach*, la conception interne des interactions entre personnes est positive pour ces trois participants. En contrepartie, les deux participants avec facettes alexithymiques présentent une efficacité négative de comportements interpersonnels. Par ailleurs, aucun des participants ne présente des indices de dépression ou d'anxiété. Enfin, la sous-échelle EOT est associée à l'insomnie chez ces trois participants. Cette conclusion signifie que l'insomnie de ces trois participants apparaît liée aux enjeux intrapsychiques relatifs à leur faible capacité à symboliser leurs émotions.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique	4
L'alexithymie	5
Bref aperçu du développement du concept alexithymie	5
Définition actuelle du concept alexithymie	8
Prévalence	11
Selon l'âge	11
Selon la différence sexuelle	13
Selon les facteurs socioéconomiques et culturels	15
Modèles étiologiques	15
Modèle psychodynamique	16
Modèle cognitif.....	17
Modèle du développement émotionnel.....	17
Modèle du trauma	18
Alexithymie : liens entre les troubles physiques et les troubles mentaux.....	19
La dépression	20
L'anxiété	21
Manifestations de l'alexithymie sur la maladie	23

Alexithymie : déficits intrapersonnels	24
Alexithymie : déficits interpersonnels	26
Le sommeil.....	30
Les perturbations du sommeil.....	31
L'insomnie et sa définition clinique	33
L'insomnie et sa prévalence.....	34
L'insomnie et son étiologie.....	34
Liens entre l'insomnie et l'alexithymie	37
Pertinence et objectif de l'étude.....	41
Méthode.....	43
Participants.....	44
Instruments de mesure	46
Formulaire de consentement et questionnaire d'informations préliminaires.....	46
Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items	46
Rorschach.....	48
Échelle d'alexithymie du Rorschach (RAS)	53
Inventaire de dépression de Beck (BDI-II)	55
Inventaire d'anxiété de Beck (BAI).....	56
Déroulement.....	56
Résultats	58
Alexithymie.....	59
Échelle de l'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20).....	59

Rorschach Alexithymia Scale (RAS).....	60
Rorschach : déficits intrapersonnels	61
Rorschach : déficits interpersonnels	62
Dépression et Anxiété	63
BDI-II et BAI.....	64
Discussion.....	66
Interprétation pour chacun des participants	67
Participant 1	67
Alexithymie	68
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	68
Dépression et Anxiété	69
Participant 2	69
Alexithymie	69
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	69
Dépression et Anxiété	71
Participant 3	71
Alexithymie	71
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	71
Dépression et Anxiété	73
Participant 4	73
Alexithymie	73
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	73

Dépression et Anxiété	75
Participant 5	75
Alexithymie	75
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	75
Dépression et Anxiété	76
Participant 6	77
Alexithymie	77
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	77
Dépression et Anxiété	78
Participant 7	78
Alexithymie	79
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	79
Dépression et Anxiété	80
Participant 8	80
Alexithymie	80
Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach	81
Dépression et Anxiété	82
Points saillants entre les participants	85
Alexithymie	85
Déficits intrapersonnels au Rorschach	88
Déficits interpersonnels au Rorschach	90
Dépression et anxiété	92

Sommeil	93
Forces et limites de l'essai	94
Conclusion	96
Études à venir	99
Références	100
Appendice A. Lettre d'information et formulaire de consentement au participant	112
Appendice B. Questionnaire d'informations préliminaires	118

Liste des tableaux

Tableau

1	Données sociodémographiques des participants.....	45
2	Déficit intrapersonnel. Bloc de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress selon le Rorschach	50
3	Déficit interpersonnel. Bloc de la perception des relations et des comportements interpersonnels selon le Rorschach	52
4	Niveau d'alexithymie selon l'Échelle de l'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) et de ses sous-échelles	60
5	Indices selon le Rorschach Alexithymia Scale (RAS).....	61
6	Déficit intrapersonnel. Bloc de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress selon le Rorschach	62
7	Bloc de la perception des relations et des comportements interpersonnels selon le Rorschach	63
8	Indices selon l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) et indices selon l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI).....	65
9	Synthèse des indicateurs	83

Remerciements

L'auteure tient à témoigner sa gratitude au Groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U) du Centre intégré de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière. Le partenariat de cette instance provinciale a été essentiel pour l'aboutissement du présent projet de recherche. L'établissement que nous avons sollicité est celui qui nous avait accueillies dans le cadre de la réalisation de notre internat doctoral. Ce milieu gratifiant et enrichissant nous a donné l'envie de bénéficier d'une courte prolongation en y réalisant notre étude. Par surcroît, nous désirons adresser nos remerciements à madame Julie Desmeules, agente à la planification et à la programmation à la recherche du même établissement. Sa collaboration, son accessibilité et sa complicité nous ont été chères afin d'établir les premiers contacts auprès des potentiels participants. Nous lui en sommes très reconnaissantes.

Enfin, nous tenons à remercier très particulièrement madame Julie Lefebvre, directrice de recherche, pour nous avoir accompagnées tout au long de notre parcours doctoral, et surtout tout au cours de cette belle expérience de recherche. Nous retenons d'elle ses judicieux conseils en tant que chercheuse agréée, et ses qualités humaines mises au profit de la supervision de ce travail : sa patience, sa confiance, son soutien, son écoute, sa généreuse disponibilité, son accessibilité, sa sensibilité humaine, son efficacité, sa perspicacité, sa capacité à bien doser, ainsi que sa bonne humeur. Merci de nous avoir accompagnées dans cette si belle aventure. Son accompagnement a favorisé notre ferveur tout au long de l'accomplissement de ce travail et nous lui en sommes

grées. Nous quittons cette riche et inestimable expérience avec un désir profond de relever d'autres défis tout aussi édifiants.

Introduction

De façon générale, le terme alexithymie se décrit par une difficulté à identifier et à décrire verbalement ses sentiments et ses émotions, par un recours à la pensée concrète pour expliquer son monde émotionnel, et par une vie fantasmatique pauvre. Pour compenser ce déficit, le corps, vecteur de toutes expériences émotionnelles, peut alors servir d'exutoire à l'amplification des expressions corporelles. L'une de ces expressions corporelles peut se traduire par des troubles du sommeil, dont l'insomnie. En effet, selon Porcelli, Zaka, Leoci, Centonze et Taylor (1995), il existe un lien entre l'alexithymie et l'insomnie. Plus précisément pour ces auteurs, la maturité psychoaffective affecterait le sommeil. Cette perturbation s'observerait à l'intérieur de dimensions intrapsychiques, telles que les désirs et les mécanismes de régression par exemple.

En corollaire à cet énoncé, l'objectif de cette étude consiste à explorer l'alexithymie et le fonctionnement intrapsychique chez les personnes présentant un problème d'insomnie. L'analyse des données vise à soulever les liens existant entre l'alexithymie et certains déficits intrapersonnels et interpersonnels chez des participants vivant cette problématique de sommeil. La question du présent projet de recherche se formule donc comme suit : « Comment s'illustre l'alexithymie et les déficits intrapsychiques aux plans intrapersonnels et interpersonnels qui y sont associées chez les personnes aux prises avec de l'insomnie? »

Pour ce faire, un portrait de l'alexithymie est d'abord proposé et conduit à l'élaboration des deux dimensions intrapsychiques de notre étude, soit le déficit intrapersonnel et le déficit interpersonnel. Par la suite, la problématique de l'insomnie est abordée en lien avec l'alexithymie. La méthodologie adoptée pour les fins de cette étude fait suite et est secondée de la présentation des résultats obtenus au cours de la collecte des données. Finalement, la discussion vient clore ce travail où il est question de l'analyse des résultats en fonction des deux dimensions portées à cette étude.

Contexte théorique

Le contexte théorique lié à la présente étude se subdivise en deux principales parties. La première s'attarde sur la problématique de l'alexithymie et les éléments du fonctionnement intrapsychique qui y sont reliés, tandis que la seconde expose brièvement la problématique de l'insomnie.

L'alexithymie

D'abord, pour amorcer l'étude de l'alexithymie, il est question d'un bref survol du développement du construit et des définitions qui en découlent. Par la suite, un portrait de la thématique est dressé à partir de sa prévalence, de ses principaux modèles étiologiques, ainsi qu'à partir de ses liens établis avec les troubles physiques et les troubles mentaux. Vient ensuite une mise en valeur de l'influence de l'alexithymie sur les déficits intrapersonnels et sur les déficits interpersonnels au plan intrapsychique.

Bref aperçu du développement du concept alexithymie

La littérature portant sur la thématique de l'alexithymie est étendue et volumineuse. Plusieurs auteurs ont contribué à l'avancement des connaissances de cette problématique. Pour les besoins du présent essai, ceux ayant été reconnus pionniers dans son avancement seront présentés succinctement.

Notre recherche au sein du corpus littéraire scientifique débute aux États-Unis. À la fin des années 40, MacLean (1949) soulève des observations cliniques qui s'apparentent à l'alexithymie alors que ce vocable est inexistant à cette époque. Il avance ainsi le postulat voulant que les excitations corporelles suscitées par les émotions peuvent être le résultat d'une pauvreté des représentations symboliques émotionnelles et d'une déficience langagière de ces mêmes émotions. Ces états corporels engendreraient des modifications physiologiques qui, à leur tour, résultent en des maladies physiques chez les patients.

Au début des années 50, les psychanalystes Horney (1952) et Kelman (1952) observent que certains de leurs patients psychiatriques affichent une conscience émotionnelle limitée, une lacune introspective considérable ainsi qu'un manque d'intérêt pour la pensée et les rêves. Ces mêmes patients présentent un mode de référence externe pour guider leurs conduites, éliminant ainsi toute tentative de rapprochement avec leurs propres sentiments et valeurs personnelles que les événements peuvent provoquer en eux. Le contenu de leurs séances thérapeutiques se réduit à des faits récents exposés aux yeux des psychothérapeutes ennuyés par la résurgence constante d'anecdotes, et impuissants face à l'impasse du traitement. Les auteurs notent aussi que ces patients développent des symptômes somatiques et adoptent des conduites compulsives néfastes à leur santé dans le but d'apaiser l'intensité de leur état interne (par exemple, boulimie, abus d'alcool). Horney et Kelman conviennent que la vie intérieure pauvre associée au

mode de vie concret de leurs patients constitue un mécanisme de défense dont le but vise à réduire leurs affects douloureux.

À la fin des années 60 en France, les psychanalystes Marty et de M'Uzan (1963) effectuent une avancée importante vers l'implantation du concept de l'alexithymie. Tout comme Horney (1952) et Kelman (1952), ils observent que leurs patients atteints de maladies physiques présentent un mode de référence pragmatique; ils parlent essentiellement d'évènements réels, soit à travers le déroulement de leur quotidien, soit à travers leurs rêves. Les auteurs notent également un déficit de la vie imaginaire chez ces derniers. Les auteurs regroupent ces deux dimensions et proposent le terme de « pensée opératoire » pour décrire les styles affectifs et cognitifs pragmatiques de patients présentant un trouble psychosomatique ou une affectation physique chronique.

À l'instar des piètres résultats en matière de traitement obtenus par leurs prédécesseurs, Nemiah, Freyberger et Sifneos (1976) et Sifneos (1967) examinent la problématique sous un autre angle en s'intéressant à l'influence des émotions et des sentiments sur la santé physique et ses maladies. Ces américains établissent d'abord une distinction importante entre les notions « émotion » et « sentiment » à travers leurs travaux théoriques. Ils définissent l'émotion comme étant une composante somatique et comportementale des affects. Tandis que le sentiment est défini comme étant une composante liée à l'expérience subjective, elle-même relevant de l'appareil psychobiologique par l'intermédiaire des émotions, des pensées, et des fantaisies. Par la

suite au cours des années 70, ils instaurent le néologisme « alexithymie ». Ce terme prend source à partir des racines grecques : « a » désignant manque; « lexis » désignant mots; « thymos » désignant humeur, affectivité, sentiment ou émotion. Le nouveau terme qualifie ainsi un fonctionnement marqué par une difficulté majeure à décrire verbalement les émotions, une diminution ou une absence de la capacité imaginative, ainsi qu'un style de vie concret. Par leur définition, Sifneos et Nemiah tentent de se soustraire aux théories psychanalytiques auxquelles adhèrent Marty et de M'Uzan qui voient dans l'alexithymie l'expression de conflits intrapsychiques. Sifneos et Nemiah inscrivent davantage la problématique à l'intérieur d'un modèle étiopathogénique neurophysiologique, soit la genèse de la maladie en fonction de ses manifestations symptomatiques. En dépit de cet effort, leur définition présente tout de même une contiguïté avec la pensée opératoire de Marty et de M'Uzan du fait qu'elle attribue une place importante à la déficience des activités fantasmatiques.

Définition actuelle du concept alexithymie

C'est à la fin des années 90 au Canada que la recherche sur l'alexithymie connaît un progrès éminent. Une équipe de recherche formée par Taylor, Bagby et Parker (1997) établit une définition opérationnelle qui est approuvée par la communauté scientifique. Cette définition apparaît sous l'énoncé de quatre éléments qui sont présentés textuellement ci-dessous :

- (1) une difficulté à identifier et à distinguer les états émotionnels;
- (2) une difficulté à verbaliser les états émotionnels à autrui;

- (3) une vie imaginaire réduite;
- (4) un mode de pensée tourné vers les aspects concrets de l'existence au détriment de leurs aspects affectifs, ou pensée opératoire.

Ces mêmes éléments s'affichent à l'intérieur d'une échelle autorapportée de 26 items qui porte le nom de *Toronto Alexithymia Scale-26* (TAS-26) (Bagby & Taylor, 2018). Il s'agit de la première version de cet instrument de mesure.

Considérant l'invalidité de l'élément « vie imaginaire réduite », les auteurs excluent ce facteur et créent une seconde version de l'instrument dont les trois composantes retenues s'illustrent à l'intérieur d'une échelle autorapportée de 20 items. Le nouvel instrument porte le nom de *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20). Plus précisément, cet instrument de mesure se compose de trois sous-échelles; la première évalue la difficulté à identifier les émotions (DIF), la seconde mesure la difficulté à décrire les émotions (DDF), et la troisième vérifie le style de pensée orientée vers l'extérieur (EOT). La pensée orientée vers l'extérieur fait référence à l'absence de mentalisation, soit l'absence d'une élaboration mentale et d'une symbolisation des affects et des conflits. Cette échelle de mesure est la plus utilisée dans les études empiriques portant sur la problématique de l'alexithymie. À travers ce nouvel instrument de mesure, la TAS, les auteurs rappellent avec importance que l'alexithymie ne se caractérise pas par une incapacité à ressentir des émotions ni à les exprimer. Elle représente plutôt une difficulté à différencier les émotions et à les traduire en mots, d'où la difficulté à apporter une

régulation aux émotions qui s'en suit (Taylor et al., 1997). Tout comme dans la notion de pensée opératoire de Marty et de M'Uzan (1963), la définition de l'alexithymie (Taylor et al., 1997) met l'emphasis sur le déficit du traitement cognitif des émotions.

Freyberger (1977) apporte quelques précisions à la notion de l'alexithymie en y distinguant deux types, soit l'alexithymie primaire et l'alexithymie secondaire. L'alexithymie primaire est définie comme un trait de personnalité relativement stable où elle apparait comme une déficience développementale précoce à la suite d'interactions négatives avec les principaux dispensateurs de soins, ou à la suite d'un traumatisme infantile. Tandis que l'alexithymie secondaire se manifeste conséquemment à la maladie. Elle apparait plutôt comme étant un mécanisme de « coping » mis en place à la suite d'un stresser, tel un évènement traumatique, afin de protéger la personne contre la dépression. Le coping se définit comme un ensemble de stratégies cognitives et comportementales visant à gérer des situations perçues comme étant insurmontables (Lazarus & Folkman, 1984).

Plus tard, Taylor et al. (1997) viennent aussi renchérir le concept d'alexithymie en établissant la notion d'alexithymie-trait et d'alexithymie-état. L'alexithymie-trait s'apparente à une composante de la personnalité, marquée par une stabilité temporelle, et associée à une vulnérabilité somatique et psychopathologique non-spécifique. Tandis que l'alexithymie-état apparait comme étant davantage une adaptation ponctuelle face à des stressers situationnels apparus plus tard dans la vie, et qui se résolve en un arrêt

développemental. Pour ces auteurs, l'alexithymie-trait est celle qui est plutôt présente chez les patients.

En conclusion aux principaux modèles de l'alexithymie présentés ci-haut, la majorité des auteurs contemporains s'entendent pour établir la problématique sur un continuum sur lequel se situe les personnes non alexithymiques, alexithymiques intermédiaires et alexithymiques selon leur score obtenu à l'échelle de la TAS-20 (Mikolajczak & Luminet, 2006).

Prévalence

En utilisant l'intervalle supérieure du point de coupure de la TAS-20, certaines études réalisées en Finlande et en Allemagne dénotent que l'alexithymie affecte environ 10 % de la population générale (Franz et al., 2007; Honkalampi, Hinitkka, TANKANEN, Lehtonen, & Viinamäki, 2001). Tandis que d'autres études, notamment celles réalisées au Canada, rapportent un taux variant de 5 à 17 % chez des participants tout venant et un taux de 30 à 60 % chez des participant vus en clinique (Franz et al., 2007; Kokkonen et al., 2001; Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka, & Kauhanen., 1999; Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997).

Selon l'âge. Plusieurs études ont mesuré la prévalence selon l'âge et le sexe à l'aide de l'instrument TAS-20, mais les résultats qui s'en dégagent divergent les uns des

autres. Selon Luminet (2013), les différences obtenues doivent être mises en parallèle avec les variables considérées.

Une première étude abordée par Noël et Rimé (1989) soulève la présence d'une corrélation positive entre l'alexithymie et l'âge : plus les personnes sont âgées, plus elles se démarquent par un niveau élevé d'alexithymie. Une étude finlandaise vient appuyer cette conclusion (Salminen et al., 1999). Pour ces auteurs, cette association s'explique en raison du mauvais état de santé physique des personnes âgées. Plus leur état de santé se détériore, plus les contacts avec la sphère émotionnelle deviennent limités. D'un autre côté, ces mêmes auteurs envisagent aussi l'influence de la culture sur le groupe de personnes âgées qui ont grandi dans un contexte culturel où les valeurs affectives ont été moins centrales dans leur développement.

En contrepartie, une étude menée en Allemagne ne trouve aucune relation entre l'alexithymie et l'âge (Franz et al., 2007). Tandis qu'une autre étude conduite au Japon soulève une relation négative (Moriguchi et al., 2007). Pour ce dernier groupe de chercheurs, les résultats suggèrent plutôt des scores faibles chez les jeunes. Considérant que la sphère cognitive se développe avec l'âge, la catégorie de jeunes personnes ne disposerait pas de capacités pour dégager une lecture suffisamment nuancée de leurs états émotionnels. D'un autre côté, ces mêmes chercheurs soulèvent que la facette EOT (la pensée orientée vers l'externe) augmente de façon linéaire avec l'âge. Ce qui leur

indique que les personnes perdent l'ouverture ou l'intérêt pour la nouveauté au gré des années.

En marge à ces résultats contrastés, une méta-analyse menée par Mattila, Salminen, Nummi et Joukamaa (2006) apporte réflexion sur la question. À partir de 8000 participants finlandais âgés de 30 à 97 ans, les auteurs retrouvent une prévalence de 2,7 % pour les femmes et de 6,8 % pour les hommes appartenant à la tranche d'âge des 30 à 44 ans. Tandis que la prévalence atteint un taux de 28,8 % pour les femmes et de 30,5 % pour les hommes appartenant à la tranche d'âge des 85 ans et plus. D'un premier coup d'œil, ces résultats démontrent que la différence d'âge est l'élément explicatif à privilégier à celui de la différence sexuelle; plus les participants vieillissent, plus ils sont enclins à devenir alexithymiques. D'un autre côté, l'effet de la culture agissant sur les participants selon leur époque d'appartenance peut aussi élucider les écarts obtenus; le groupe des jeunes participants profiterait d'une culture plus permissive quant à l'expression des émotions comparativement au groupe plus âgé. Pour conclure, les auteurs font ressortir le besoin de mener d'autres recherches pour soutenir ces prémisses avancées.

Selon la différence sexuelle. Une étude de Joukamaa et al. (2007) réalisée auprès d'adolescents démontre une prédominance alexithymique chez les filles (10 %) par rapport aux garçons (7 %) lorsqu'est considérée uniquement la distribution des résultats. Toutefois, la différence sexuelle devient légèrement inversée quand la moyenne des

scores est considérée; les garçons obtenant un taux plus élevé (48,73 %) par rapport aux filles (47,67 %). Ce qui laisse dire à plusieurs auteurs qu'il n'existe pas de différence significative quant à l'identification des émotions selon le sexe. Toutefois, Luminet, Vermeulen et Grunberg (2013) rapportent que chez les adultes, les hommes tendent à se démarquer en ce qui a trait à la verbalisation de leurs émotions (DDF); ils y affichent un important déficit et semblent présenter un mode de référence pragmatique pour compenser cette lacune (pensée opératoire ou EOT). Selon les études sur lesquelles ces auteurs prennent appui, les hommes apparaissent davantage soumis à un conditionnement social qui ne favorise pas l'expression de leurs émotions, particulièrement celles liées à la tendresse. En second lieu, les auteurs soulèvent un développement biologique qui peut maintenir davantage les hommes dans un mutisme émotionnel. Finalement, les auteurs évoquent l'attitude parentale adoptée selon le sexe de l'enfant et selon la culture. En ce qui a trait aux femmes, les auteurs font remarquer qu'un indice élevé d'alexithymie indique la présence d'un trauma émotionnel, sans toutefois en préciser la nature.

À la suite des hypothèses relatives aux différences sexuelles, Levant (1997) met en lumière une théorie selon laquelle il existe une « alexithymie masculine normative » qui s'explique par le fait que les hommes développent surtout une « empathie d'action ». Cette empathie se caractérise par une capacité à anticiper les actions des autres plutôt que par une capacité d'anticiper et de comprendre les émotions d'autrui, telle que défini par l'empathie émotionnelle davantage présente chez les femmes.

Selon les facteurs socioéconomiques et culturels. Plusieurs auteurs illustrent la variation de l'alexithymie selon les facteurs culturels. C'est le cas de la méta-analyse de Mattila (2009) qui fait ressortir que les personnes alexithymiques ont tendance à avoir un niveau d'éducation plus faible (Franz et al., 2007; Honkalampi et al., 2001; Joukamaa, Saarijärvi, Muuriaisniemi, & Salokangas, 1996; Kokkonen et al., 2001; Parker, Taylor, & Bagby, 2003; Salminen et al., 1999). Tandis que d'autres études révèlent que l'alexithymie se retrouve davantage chez les hommes d'âge moyen peu instruits, ce qui sous-tend l'hypothèse de l'impact de l'environnement (Kauhanen, Kaplan, Julkunen, Wilson, & Salonen, 1993). Enfin, d'autres auteurs énoncent que les personnes alexithymiques disposent d'un niveau socioéconomique faible (Franz et al., 2007; Honkalampi et al., 2001; Joukamaa et al., 2007; Kokkonen et al., 2001; Salminen et al., 1999).

En résumé, la prévalence est tributaire de plusieurs variables. Par exemple, selon les études rapportées ci-haut, il importe de considérer à la fois l'âge, le sexe ainsi que les facteurs socioéconomiques et culturels du groupe étudié.

Modèles étiologiques

Issus de champs théoriques différents, les modèles explicatifs de l'alexithymie sont nombreux mais restent néanmoins complémentaires et intégratifs les uns aux autres pour considérer la problématique de l'alexithymie dans sa réalité globale. Quatre principaux

modèles sont brièvement développés ci-dessous : le modèle psychodynamique, le modèle cognitif, le modèle du développement émotionnel ainsi que le modèle du trauma.

Modèle psychodynamique. Le courant psychodynamique envisage l'alexithymie comme étant l'expression de conflits intrapsychiques existants. Selon Alexander (1950), dans ces conflits, les mécanismes de défense, notamment le déni¹, sont mis de l'avant ce qui permet à la personne de se protéger contre des affects menaçants. Bien que cette position ait évolué au cours des années, plusieurs auteurs contemporains épousent encore cette hypothèse inspirée du courant freudien. Tel est le cas des auteurs Marty et de M'Uzan (1963) associés à l'École psychosomatique de Paris qui renvoient l'alexithymie aux concepts de la première topique de l'économie psychique (qui se définit par trois pôles : l'inconscient, le préconscient et le conscient) et de la représentation. Pour eux, un patient aux prises avec une problématique d'alexithymie présente un préconscient pauvre en termes de représentations et d'associations, ce qui le dispose à vivre peu de conflits intrapsychiques. Plus spécifiquement, le déficit du Moi semble être à l'origine des symptômes somatiques. Surchargée, cette instance ne permet pas de mentaliser les décharges instinctuelles excessives qui deviennent désorganisées (Aisenstein & Smadja, 2010). Aujourd'hui, de nombreux psychanalystes adoptent toujours cette vision traditionnelle mais plusieurs parmi eux ont élargi leur conception et ont intégré la notion des affects dans leur compréhension des problématiques somatiques (Aisenstein & Smadja, 2010; Pirlot & Corcos, 2012). Ici, les affects se définissent

¹ Mode de référence consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (Laplanche & Pontalis, 1988).

comme étant à la base de la pensée, c'est-à-dire à la base du fonctionnement mental tel que perçu par Marty et de M'Uzan.

Modèle cognitif. Bucci (1997) explique l'alexithymie en recourant à un système symbolique qui se caractérise comme étant le foyer des images, des mots et du langage. C'est à partir de ce système que l'individu peut développer sa pensée et, le cas échéant, la représentation de ses émotions, et pratiquer la modulation de ces dernières (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2005). Chez un individu alexithymique, ce système symbolique est déficient. En complément, il existe le système subsymbolique qui est le noyau des sensations somatiques, viscérales et kinesthésiques circulant dans le corps lors de situations émotionnelles. Dans le cas de l'alexithymie, il y a un contact défaillant entre le système subsymbolique et le système symbolique, soit la représentation que la personne peut en tirer à l'aide des mots et des images. Les tentatives de tirer une compréhension de ce qui se passe au-delà des sensations physiques perçues sont ainsi vouées à l'échec. N'étant pas contrebalancés par un traitement cognitif suffisant, les éprouvés corporels restent primaires, diffus et non-identifiables en dépit de leur intensité (Bucci, 1997).

Modèle du développement émotionnel. Ici, ce sont les relations précoces mère-enfant qui contribueraient au développement de l'alexithymie. Certaines mères, ou l'image parentale significative, présenterait des difficultés importantes à décoder les expressions émotionnelles de son enfant, ou encore, présente une perception erronée de

ces dernières. Taylor et Bagby (2000) parlent aussi du cas de figure d'une mère alexithymique dont l'empathie fait obstacle à la juste évaluation des états internes de son enfant. Dans les deux cas, la mère apporte réponse par des manifestations expressives faciales et vocales non congruentes aux besoins internes de l'enfant. Et puisque l'enfant utilise en retour les expressions faciales et comportementales de sa mère pour moduler ses propres affects, ses manifestations acquises ne répondent pas à ses véritables besoins internes. À long terme, l'enfant ne serait apte à acquérir une conscience précise de ses états émotionnels et de les différencier (Stern, 1985). N'étant pas en mesure d'intégrer ses expériences affectives (Bretherton, Fritz, Zahn-Waxler, & Ridgeway, 1986; Dunn & Brown, 1991), il ne parvient pas à tolérer ses états émotionnels, ni à transférer ces derniers en signaux susceptibles de l'aider à développer des réactions de protection adéquate contre les stressors (Bretherton & Beeghly, 1982; Krystal, 1988). Pour ainsi dire, cette conjoncture ne serait pas bénéfique au développement de ses capacités fantasmatiques nécessaire à sa régulation émotionnelle.

Modèle du trauma. Dans cette perspective, l'alexithymie est envisagée comme étant la conséquence d'un trauma psychique que l'enfant peut vivre au cours de la petite enfance, soit avant le développement de la représentation mentale des états émotionnels et de la vie fantasmatique (Krystal, 1988). En l'absence de mécanisme de défense suffisamment développé, le jeune enfant serait incapable de modérer les effets du trauma. Les disciples de l'École psychosomatique de Paris vont dans le même sens en soulignant l'apparition de maladies somatiques chez des enfants n'ayant pas encore fait

l'acquisition du langage (Aisenstein & Smadja, 2010). De son côté, Krystal (1988) fait remarquer que l'alexithymie peut être aussi une réponse à la suite de traumatismes psychiques vécus à un âge où le développement affectif est plus avancé. L'auteur observe une régression affective allant jusqu'à une dé-verbalisation des émotions et une indifférenciation des affects chez des adolescents et des adultes ayant vécu un traumatisme majeur qui se traduisent soit par une re-somatisation, soit par une expression comportementale.

En conclusion, ces quelques modèles explicatifs issus de divers champs étiologiques donnent un aperçu de l'étendue du construit alexithymique et de sa complexité. La singularité de chacun apporte une vision plus riche au tableau alexithymique lorsqu'ils sont considérés dans un ensemble. Alors que les causes de l'alexithymie peuvent s'avérer multiples, sa portée peut aussi se révéler variée, comme il est suggéré dans le prochain segment.

Alexithymie : liens entre les troubles physiques et les troubles mentaux

Depuis les 20 dernières années, une abondante littérature empirique a tracé des corrélations positives entre l'alexithymie et une variété de maladies physiques (Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997). Une prévalence élevée de l'alexithymie est ainsi repérée dans les maladies suivantes : l'hypertension (Grabe et al., 2010; Jula, Salminen, & Saarijärvi, 1999), les troubles gastro-intestinaux (Porcelli, Taylor, Bagby, & De Carne, 1999), le syndrome du côlon irritable (Porcelli et al., 1995), la douleur chronique

(Pecukonix, 2009) et l'asthme (Serrano et al. 2006), ainsi que dans les troubles cardiovasculaires, le diabète, les maladies de la peau et le cancer (Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997).

D'autres études démontrent aussi l'existence de liens entre la présence d'alexithymie et les désordres psychiatriques tels que l'abus de substances (Birt, Sandor, Vaida, & Birt, 2008), l'addiction au jeu pathologique (Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001), les troubles paniques (Parker et al., 1993), les troubles somatoformes (Waller & Scheidt, 2004) et les troubles alimentaires (de Groot, Rodin, & Olmsted, 1995; Jimerson, Wolfe, Franko, Covino, & Sifneos., 1994; Taylor, Parker, Bagby, & Bourke, 1996). Également, des liens corrélationnels particuliers sont retrouvés entre l'alexithymie et la dépression ainsi que certains troubles anxieux. Ces derniers troubles mentaux spécifiques sont expressément présentés ci-après.

La dépression. La dépression a été largement étudiée avec la problématique de l'alexithymie. Bon nombre d'études soulèvent l'existence d'une corrélation étroite et positive de ce trouble selon l'échelle TAS-20. Par exemple, dans une récente méta-analyse recensant 3572 sujets, Li, Zhang, Guo et Zhang. (2015) évoquent une relation positive modérée entre la dépression et les scores obtenus aux sous-échelles DIF (difficulté à identifier les émotions) et DDF (difficulté à décrire les émotions) de la TAS-20. Les auteurs expliquent que considérant le déficit à identifier les émotions (DIF), les personnes alexithymiques ne parviendraient pas à gérer les situations

émotionnelles. Pour contourner cette difficulté, Watkins (2008) et Watkins et Moulds (2005) remarquent que les personnes présentant particulièrement un degré élevé d'alexithymie adoptent une stratégie visant à gérer intérieurement leurs affects négatifs par le biais d'une rumination mentale abstraite et analytique qui favorise le développement d'affects dépressifs. Immersée dans ce mode de gestion conceptuel à la fois négatif et polarisé, il apparaît d'autant plus difficile pour ces personnes de s'en dégager en vue d'établir un pont avec la sphère affective afin de cibler les émotions suscitées. Ce qui intensifie davantage les affects dépressifs (Watkins, 2008; Watkins & Moulds, 2005).

L'anxiété. En ce qui a trait au désordre de l'anxiété, plusieurs liens corrélationnels positifs sont également trouvés en présence de la TAS-20. Certaines études réalisées sur la relation entre les manifestations anxieuses, telles que suggérées par l'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI), et l'alexithymie montrent un lien positif significatif entre ces deux entités. C'est notamment le cas pour Motan et Gençö (2007) qui soulèvent que l'intensité de l'anxiété est positivement liée à la difficulté à reconnaître et à identifier les sentiments chez les étudiants alexithymiques de leur étude. Depuis ces dernières années, d'autres études empiriques rapportent des spécificités en ce qui concerne trois troubles classifiés dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (APA, 2015) en rapport avec l'alexithymie : le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisé et le trouble d'anxiété sociale. D'abord, Taylor et al. (1997) notent que les sujets souffrant de trouble panique présentent des mesures élevées sur la TAS-20. Izci et al. (2014) y notent

d'ailleurs une prévalence de 39 %. Pour le trouble d'anxiété généralisé, Onur, Alkin, Sheridan et Wise (2013) constatent que les participants de leur étude affichent particulièrement des scores totaux et des scores élevés à la sous-échelle DDF (difficulté à décrire les émotions). Le trouble d'anxiété sociale est également corrélé positivement avec la sous-échelle DDF de l'alexithymie selon Dalbudak et al. (2013). À cet égard, Turk, Heimberg, Luterek, Mennin et Fresco (2005) mentionnent que les participants souffrant d'anxiété sociale et ayant particulièrement de la difficulté à décrire leurs émotions, affichent des émotions davantage négatives. Pour expliquer tous ces liens corrélationnels retrouvés au sein de ces trois troubles anxieux, certains auteurs soulèvent l'hypothèse d'une alexithymie défensive permettant de faire face à la détresse émotionnelle chronique imperceptible mais qui engendre une excitation physiologique (Lumley, Neely, & Burger, 2007) en raison du déficit de représentation mentale des éprouvés subjectifs.

Pour conclure, bien que les déficits dans l'identification et la description des émotions (DIF et DDF) ne semblent pas être spécifiques au trouble de la dépression et aux troubles anxieux présentés ci-dessus, ils apparaissent néanmoins comme un élément clé dans ces troubles psychiatriques, puisqu'ils peuvent exacerber leurs symptômes. (Grabe et al., 2008; Ogrodniczuk, Sochting, Pipe, & Joyce, 2012). En dépit de ces liens étroits tracés, des auteurs énoncent sans équivoque que la dépression et ces troubles anxieux restent des problématiques distinctes et à part entière à celle de l'alexithymie (Marchesi, Brusamonti, & Maggini, 2000). Quant à l'alexithymie, elle s'avère plutôt une

dimension transnographique pouvant être mise en rapport avec différents troubles physiques et mentaux, et ne constitue pas un diagnostic en soi.

Manifestations de l'alexithymie sur la maladie. En plus d'avoir étudié les associations directes entre l'alexithymie et les maladies physiques et mentales, des chercheurs se sont intéressés à l'influence de l'alexithymie sur l'évolution de la maladie. Ils ont d'abord démontré qu'elle peut amener le patient à confondre à tort les symptômes de sa maladie physique des sensations tributaires à son excitation émotionnelle. Dans pareils cas, il s'en suit une amplification somatosensorielle ainsi qu'un accroissement d'usage des services médicaux (Lumley et al., 2007). À cet égard, Maunder et al. (2017) font remarquer que des patients alexithymiques ayant vécu une négligence émotionnelle infantile ou un trauma infantile peuvent présenter un style d'attachement précaire à l'âge adulte, les prédisposant à un mode social lacunaire qui favorise la sollicitation de soins. À l'inverse, l'alexithymie peut influencer le patient qui peut retarder la recherche d'aide médicale à cause de ses difficultés à évaluer correctement les symptômes de sa maladie (Preti, Sancassiani, Cadoni, & Crata., 2013). Dans d'autres cas, l'alexithymie peut influencer l'adhérence au traitement chez des patients qui en font fi et qui adoptent des comportements délétères en vue de moduler l'excitation corporelle aversive. Il s'agit par exemple de la consommation de drogues et/ou d'alcool chez les hommes alexithymiques (Kauhanen et al., 1993), ou la consommation de jeu compulsif. Tandis que la frénésie alimentaire se compte parmi les comportements nocifs particulièrement observés chez les femmes alexithymiques (Pinaquy, Charbrol, Simon, Louvet, & Barbe, 2003). Enfin,

selon Lumley et al. (2007), la difficulté à ressentir des émotions adaptatives comme la peur, la culpabilité et même l'orgueil, ainsi que la difficulté à verbaliser ses sensations physiques peuvent faire entrave à la recherche de sécurité, et à l'adoption d'une nutrition ou d'une hygiène saine. De là, le patient peut moins bénéficier de conseils judicieux par le corps médical et peut être moins bien aiguillé vers un traitement approprié. En plus d'être corrélée à des plaintes somatiques rapportées par les patients, l'alexithymie serait aussi liée au déficit intrapersonnel (Hesse & Floyd, 2011), comme il est explicité dans la prochaine section.

Alexithymie : déficits intrapersonnels. Selon Hesse et Floyd (2011), l'individu alexithymique se caractérise par un registre émotionnel rudimentaire dénué de traitement analytique qui maintient les éprouvés corporels dans un état indifférencié et ambigu. Ainsi privé de sens à son vécu corporel et émotionnel, le patient se retrouve dominé par ses émotions qui peuvent être parfois exprimées avec intensité, voir même violence, tant au niveau des sensations corporelles qu'au niveau comportemental. Les manifestations peuvent aussi revêtir l'image d'explosion de colère ou de pleur (Taylor et al., 1997). Ainsi, à défaut de pouvoir associer son sensoriel à ses pensées, le patient se retrouve livré à son impulsivité ou, tout au plus, reste limité à des états polarisés entre le plaisir et le déplaisir.

De surcroit, certains auteurs remarquent que les personnes alexithymiques ne disposent pas de stratégie de régulation émotionnelle adaptée et variée. Au contraire, il

est démontré qu'elles adoptent des stratégies de coping mésadaptées tels que l'évitement des pensées (ne plus penser à une situation qui a suscité de la détresse), l'évitement expérientiel (éviter les événements et les personnes) et le passage à l'acte violent (frapper quelqu'un) (Besharat, 2010; Parker, Taylor, & Bagby, 1998). Il est également noté que ces personnes ont davantage recours à des mécanismes de défenses immatures qui maintiennent ou accentuent leur état de mal être (p. ex., la projection¹, et le déni) plutôt que des mécanismes plus élaborés susceptibles d'apaiser ce même état (p. ex., la sublimation²) (Parker et al., 1998).

À ces mécanismes de défense, s'ajoute l'effet d'une mauvaise régulation émotionnelle qui peut agir en tant que catalyseur sur la détresse. Par exemple Swart, Kortekaas et Aleman (2009) soulèvent qu'un recours accru à la suppression d'affect peut augmenter considérablement la détresse personnelle, puisque la suppression entraîne une réactivité physiologique plus élevée et delà, une intensification des sentiments négatifs d'origine. Ce qui contribue à maintenir l'évitement social.

¹ Dans le sens proprement psychanalytique, opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre personne ou chose des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets », qu'il méconnaît en lui. Il s'agit là d'une défense d'origine très archaïque et qu'on retrouve à l'œuvre particulièrement dans la paranoïa mais aussi dans des modes de pensée « normaux » comme la superstition. (Laplanche & Pontalis, 1988).

² Processus postulé par Freud pour rendre compte d'activités humaines apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle, Freud a décrit comme activités de sublimation principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle. La pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés. (Laplanche & Pontalis, 1988).

Au registre des stratégies d'adaptation, il apparaît les conduites addictives où il est tracé une forte association entre l'alexithymie d'une part, et la dépendance à l'alcool, la dépendance aux drogues, les troubles alimentaires, la conduite automobile dangereuse et les conduites sexuelles impulsives d'autre part. Pour Cordovil de Sousa Uva (2011), l'individu alexithymique peut tenter par l'intermédiaire de ces régulateurs externes de neutraliser ses tensions somatiques causées par ses émotions n'ayant pas atteint le niveau de représentation. Toutefois, ces auteurs apportent certaines nuances à leurs études menées en soutenant que l'alexithymie peut représenter un facteur de protection contre l'adoption de conduites nuisibles selon le sexe de l'individu. Par exemple, les femmes se démarquent par le facteur DIF (difficulté à identifier leurs émotions). Ce facteur les expose à un risque de rechute de conduites addictives lorsqu'elles vivent une détresse émotionnelle. Tandis que les hommes se distinguent par le facteur EOT (mode de pensée opératoire). La présence élevée de cette facette semble freiner les potentielles rechutes de consommation d'alcool et de drogue chez ce groupe d'individu. Le fait de se référer à l'environnement en guise de mode de pensée peut retarder l'adoption de comportements dommageables de ces derniers, et ce, en dépit de leur humeur dépressive.

Alexithymie : déficits interpersonnels. En plus des déficits intrapersonnels qui se retrouvent parmi les enjeux alexithymiques, certains déficits interpersonnels s'ajoutent aux obstacles rencontrés chez les personnes aux prises avec cette problématique.

La relation interpersonnelle est un concept large, et pour l'appréhender, des auteurs ont fragmenté le sujet en plusieurs construits en regard à l'alexithymie. Quelques-uns sont abordés dans cette section, notamment l'affirmation de soi, l'implication dans les relations sociales et l'empathie. Ces construits sont présentés en parallèle avec l'alexithymie.

Dans le construit « affirmation de soi », Konrath, Grynberg, Corneille, Hammig et Luminet (2011) soulèvent que les personnes alexithymiques sont interdépendantes aux autres personnes, c'est-à-dire qu'elles éprouvent le besoin de maintenir des relations sociales harmonieuses dans son ensemble. Mais, de par leur difficulté à exprimer leurs émotions et leur peur du rejet, ces personnes sont peu enclines à communiquer leur malaise et leur détresse, ce qui consolide le maintien des distances relationnelles et la faible affirmation de soi (Mikilajczak & Luminet, 2006). Ces derniers aspects se rencontrent dans la facette de DDF (difficulté à décrire verbalement ses émotions) de la TAS-20 selon Weinryb et al. (1996). Ce qui laisse percevoir que l'alexithymie s'inscrit davantage à l'intérieur d'une dépendance sociale plutôt qu'à l'intérieur d'une dépendance aux pairs. Et en raison du refus d'exprimer leurs sentiments (par intention ou par difficulté), ces personnes peuvent apparaître conformistes et peu assumées dans leur affirmation d'elle-même.

En ce qui concerne le construit « implication dans les relations sociales », des auteurs se sont penchés sur la façon dont s'exprime la contribution des personnes

alexithymiques au sein de leurs relations interpersonnelles (Meganck, Vanheule, & Inslegers., 2009). Pour ce faire, les auteurs ont utilisé le *Linguistic Inquiry and Word Count* (Pennebaker, Francis, & Boothe, 2001). Il s'agit d'un outil qualitatif qui permet d'appréhender le degré d'engagement affectif interpersonnel par l'intermédiaire d'un contenu lexical noté lors d'entrevues cliniques. À partir de cet instrument, Meganck et al. (2009) ont analysé la fréquence de mots de 50 patients psychiatriques hospitalisés (troubles de l'humeur, troubles d'anxiété ou troubles somatoformes). Leurs résultats obtenus soulèvent la présence d'un faible étendu des mots employés par les patients alexithymiques. Ce qui laisse voir une pauvre représentation des concepts interpersonnels et une faible propension aux échanges dans un contexte relationnel étroit. Par la suite, les auteurs ont étudié le degré de difficulté des mots relatifs au contexte social auprès de patients souffrant de troubles de l'humeur vus en clinique externe. Leurs résultats obtenus à partir de la TAS-20 démontrent une corrélation négative entre la sous-échelle EOT (individus présentant un style de pensée orienté vers l'extérieur) d'une part, et la fréquence et la complexité des mots sociaux d'autre part. Ce qui laisse dire aux auteurs que l'alexithymie est associée au détachement interpersonnel et au manque de préoccupation pour autrui.

Enfin, le construit « empathie » est rapporté comme étant un concept empreint de compassion, de tendresse et de sympathie à l'égard d'autrui. Certains chercheurs se sont particulièrement intéressés à l'impact de la détresse sur l'empathie auprès d'une population alexithymique. Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes et Berthoz (2010),

ainsi que Moriguchi et al. (2006) indiquent que les individus alexithymiques présentent une détresse plus élevée lorsqu'ils se retrouvent face à un tiers en détresse, et vivent un moins grand souci pour cette personne. Les auteurs précisent que les individus alexithymiques se montrent sensibles à la détresse d'autrui mais sont susceptibles de leur répondre par un grand désarroi. Ces observations soutiennent l'hypothèse selon laquelle les personnes alexithymiques peinent à établir une distance émotionnelle qui pourrait les aider à faire la distinction entre leurs propres émotions et celles des autres. Dans un tel scénario alexithymique, l'individu se retrouve plutôt dans une fusion émotionnelle avec son interlocuteur où l'empathie fait rapidement place à la détresse envahissante pour lui-même. En réponse à la détresse que peuvent susciter les interactions sociales ainsi que les contextes d'échanges émotionnels, les individus alexithymiques évitent les personnes affligées sur le plan des affects (Batson, Duncan, & Ackerman, 1981). Pour cette raison, les alexithymiques peuvent paraître d'un soutien futile dans un contexte de relation d'aide et peu enclins à démontrer des comportements prosociaux.

En résumé, les déficits intrapersonnels et interpersonnels représentent un défi de taille pour les personnes aux prises avec une problématique alexithymique, pour leur entourage ainsi que pour le personnel soignant auxquels elles se réfèrent. D'abord, ces individus disposent d'un appauvrissement cognitif qui limite leur capacité à différencier leurs états physiologiques occasionnés par leurs expériences émotionnelles, et restreint leurs représentations affectives. Pour pallier à ces lacunes, les vecteurs physiologiques et comportementaux viennent prendre le relais en termes de fonction langagière qui

s'exprime avec intensité à certains moments. De surcroît, les mécanismes de défense sont surtout mésadaptés et immatures, ce qui prédispose davantage les sujets à l'adoption de conduites nocives à leur santé, aggravant même leur état de mal-être. Conséquemment, leurs compétences relationnelles se trouvent significativement réduites; tant dans l'affirmation de soi, que dans l'engagement relationnel et dans le soutien apporté à autrui. Ainsi, dans le but de se préserver d'une détresse émotionnelle provoquée par les enjeux interpersonnels, les personnes alexithymiques tendent à rester en retrait face aux autres.

Parmi les multiples voies physiologiques que le corps emprunte pour exprimer les émotions difficilement verbalisées, le sommeil s'avère être l'une de ces avenues et de fait, vient faire l'objet d'un examen complémentaire à cette étude. La prochaine partie propose donc l'étude du rôle de l'alexithymie sur l'une des affections du sommeil, soit le désordre de l'insomnie.

Le sommeil

En lieu d'introduction à la problématique de l'insomnie, il est d'abord question d'un aperçu des principaux systèmes diagnostics des troubles du sommeil. La définition clinique de l'insomnie est par la suite dressée et est secondée de sa prévalence et de son étiologie. Enfin, pour clore le volet portant sur cette perturbation, les liens établis entre l'insomnie et l'alexithymie sont examinés de plus près en vue de positionner la pertinence du présent essai.

Les perturbations du sommeil

Le sommeil joue un rôle de premier plan dans le registre de la santé physique et psychologique (Morin, Bélanger, & Fortier-Brochu, 2006), telles que l'adaptation psychologique générale, la consolidation des apprentissages et la régulation de l'humeur (De Koninck, 1997). Dans la population générale, il est l'une des premières sphères à être perturbées (Morin, Bélanger et al., 2006) et, de ce fait, représente un problème de santé publique (Smith, Huang, & Manber, 2005).

Il existe deux principaux systèmes de classification qui opérationnalisent les troubles du sommeil par des critères diagnostiques. Le premier est la Classification internationale des troubles du sommeil (ICSD-3; American Academy of Sleep Medicine, 2014). L'ICSD-3 est un système de classification qui s'appuie sur des éléments physiopathologiques objectifs et son usage technique est davantage réservé à la spécialité de la médecine du sommeil. Cet ouvrage de référence répertorie sous huit catégories les maladies du sommeil classifiées à partir de son système (les insomnies; les troubles du sommeil en relation avec la respiration; les hypersomnies d'origine centrale; les troubles du rythme circadien du sommeil; la parasomnie; les mouvements en relation avec le sommeil; les symptômes isolés; et les autres troubles du sommeil).

Le second système de classification des troubles du sommeil est proposé par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2015). Le DSM-5 repose sur des critères symptomatiques psychiatriques et est davantage utilisé

par les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé. Dans cet outil, c'est sous la terminologie de « troubles de l'alternance veille-sommeil » que se retrouvent dix pathologies en lien avec le sommeil, (soit l'insomnie, l'hypersomnolence, la narcolepsie, les troubles du sommeil liés à la respiration, les troubles de l'alternance veille-sommeil lié au rythme circadien, les troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal, les cauchemars, les troubles du comportement en sommeil paradoxal, le syndrome des jambes sans repos et les troubles du sommeil induits par une substance ou un médicament).

Ces différents systèmes nosologiques font apparaître la catégorie de l'insomnie qui s'avère être le trouble le plus rapporté par la population générale auprès du corps médical et celui comme étant associé à une plus grande utilisation des services de santé (Simon & Von Korff, 1997; Wade, 2010). À elle seule, l'insomnie entraîne des incidences sociales importantes : baisses de productivité, absentéismes au travail et accidents dus à la fatigue diurne (Buysse, Germain, & Moul, 2005; Morin, Bootzin et al., 2006; Morin & Jarrin, 2013). Les altérations des affects (anxiété, irritabilité) et les altérations cognitives (problème d'attention, problème de concentration, perte de mémoire et problème exécutif) s'ajoutent aux conséquences les plus couramment identifiées (Espie, Kyle, Hames, Cyhlarova, & Benzeval, 2012; Morin & Espie, 2004). De plus, les troubles d'anxiété, de l'humeur et les troubles liés à la consommation de médicaments, d'alcool et de drogues sont plus susceptibles de se développer en présence de l'insomnie (Buysse et al., 2005).

L'insomnie et sa définition clinique

En clinique, l'insomnie est couramment associée aux troubles psychiatriques. Le DSM-5 appose le diagnostic sur la base de plaintes subjectives rapportées par des patients souffrant de détresse due à la piètre qualité de leur sommeil et à l'insuffisance des heures dormies. Pour nécessiter une prise en charge, les symptômes du patient doivent rencontrer spécifiquement les critères opérationnalisés suivants : une difficulté à trouver le sommeil, ou à le maintenir alors qu'il est accentué par des éveils ponctuels, ou par des difficultés à retrouver le sommeil après ces interruptions, ou par des réveils matinaux marqués par une incapacité à retrouver le sommeil. Ces symptômes peuvent être associés les uns aux autres et peuvent évoluer dans le temps, et ce, malgré des conditions appropriées pour favoriser un sommeil régulier. Cette insomnie doit nécessairement engendrer des perturbations au niveau du fonctionnement quotidien (social, professionnel, éducatif, scolaire, comportemental, ou tout autre domaine important). L'insomnie ne s'explique pas par la présence d'un autre trouble du sommeil, par la prise d'une substance, par d'autres troubles mentaux ou par des conditions médicales coexistantes. Pour correspondre aux critères diagnostiques, elle doit apparaître au moins au cours de trois nuits par semaine et sa durée minimale doit être de trois mois. Enfin, l'insomnie peut être épisodique (symptômes variant d'un à trois mois), persistante (symptômes présents depuis trois mois et plus), ou récurrente (symptômes apparaissant pendant au moins deux épisodes sur une période d'un an).

L'insomnie et sa prévalence

Dans leur étude épidémiologique menée au Canada, Morin, Leblanc et al. (2011) révèlent que 6 à 13,4 % des 2000 adultes de leur échantillon présentent un diagnostic d'insomnie. Alors que certaines études recensent des taux variant de 19,8 à 25,3 % chez la population générale affirmant avoir un sommeil insatisfaisant (Morin, LeBlanc, Daley, Grégoire, & Merette, 2006; Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers 2011), d'autres dénombrent des taux de 27,2 à 40,2 % de gens souffrant au moins d'un symptôme d'insomnie à raison de plusieurs fois par semaine (Morin, Belleville et al., 2011; Roth, 2007).

L'insomnie et son étiologie

Il existe plusieurs modèles pour expliquer les causes de l'insomnie. Mais pour les besoins du présent essai, trois modèles étant les plus représentatifs sont sommairement évoqués.

Le premier modèle est inspiré de l'approche cognitivo-comportementale et fait appel à trois facteurs essentiels qui peuvent intervenir simultanément dans l'apparition de l'insomnie et dans son maintien. Le premier facteur est associé au système nerveux autonome (rythme cardiaque et respiration) plus élevé que la moyenne des gens lors de l'endormissement et qui entrave le processus de détente du corps (Espie, 1994). Le deuxième facteur correspond aux processus psychologiques marqués par un système de croyances erronées qui crée les attentes face au sommeil, par exemple, l'obligation de

dormir un nombre d'heures déterminé selon son groupe d'âge d'appartenance (Robertson, Broomfield, & Espie, 2006). À cela s'ajoute l'envahissement de pensées négatives qui peut également contribuer à la désactivation du sommeil en faisant intervenir une surcharge émotionnelle, par exemple, redouter les possibles conséquences du manque de sommeil (Morin & Espie, 2004). Enfin, le troisième facteur est en lien avec les éléments psychosociaux et environnementaux. Il s'agit par exemple des stressors quotidiens provoquant de la détresse émotionnelle vécue à la suite de difficultés relationnelles par exemple (Carskadon, 2002), ainsi que les habitudes de vie qui nuit aux phases du sommeil (l'écoute du téléviseur dans la chambre à coucher, chambre trop éclairée entre autres).

Le deuxième modèle est dit neurocognitif et s'inscrit dans le prolongement du modèle cognitivo-comportemental (Bastien, 2011; Poiriot, 2012). Il correspond en plusieurs points avec ce dernier mais est plus actuel. Il s'y distingue en faisant appel à des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien dans l'illustration de son concept. De façon générale, les facteurs prédisposants se définissent par une anxiété ou par un système nerveux autonome de base marqué par une activité élevée. C'est lorsque ces facteurs prédisposants se retrouvent jumelés à des facteurs précipitants source de détresse (problèmes familiaux, soucis de santé, difficultés scolaires, ennuis au travail) que les risques d'insomnie s'intensifient (Bastien, Vallières, & Morin, 2004; Ebben & Spielman, 2009). L'insomnie vient à perdurer lorsque des facteurs de maintien interfèrent, tels que la rumination mentale et les mauvaises habitudes de sommeil (Ebben

et al., 2009; Morin, 2010). Dès lors, les facteurs précipitants qui s'entretiennent dans le temps deviennent à leur tour des facteurs de maintien (Bastien et al., 2004). Il peut s'en suivre un cercle vicieux lorsque l'insomnie engendre une anxiété face à l'incapacité à détendre son corps et à engager le sommeil (Ong, Cvengros, & Wyatt, 2008). L'insomnie devient alors chronique.

Les modèles conceptuels cognitivo-comportemental et neurocognitif s'apparentent en mettant en lumière l'excitation physiologique déclenchée par les comportements, les stratégies cognitives et les enjeux interpersonnels de l'insomniaque. Toutefois, le modèle cognitivo-comportemental est centré sur la dimension comportementale et la résolution du problème de l'insomnie, alors que le modèle neurocognitif est plutôt influencé par le cadre médical et axe davantage sur l'attitude de l'insomniaque.

Enfin, un troisième modèle, plutôt théorique, est décrit par l'approche psychodynamique. Contrairement aux modèles précédents qui considèrent l'insomnie comme un symptôme, celui-ci explique la problématique par la dynamique intrapsychique de l'individu selon les enjeux de sa structure de personnalité, la nature de ses angoisses et les processus psychiques qui se rattachent à son développement affectif. Pour illustrer ce processus dynamique, l'auteur contemporain Dollander (2002) établit quatre postulats, dont les trois premiers envisagent l'insomnie comme étant la conséquence de l'échec de la fonction symbolisante du rêve. Dans cette perspective, le rêve vise à satisfaire sur un mode hallucinatoire les pulsions de l'individu qui sont

interdites par la société ou la culture, ou incompatibles avec celles-ci. Lorsque le rêve ne parvient pas à contenir les charges émotives en vue de représenter les affects, il s'ensuit le réveil prématuré. Selon l'auteur, ces charges émotives trouvent leur origine dans les conflits intrapsychiques (premier postulat). D'autres situent leur origine dans des situations externes à l'individu se retrouvant dans différentes sphères de sa vie (deuxième postulat) - telles qu'elles apparaissent dans les approches cognitivo-comportementale et neurocognitive. Tandis que certaines charges émotives trouvent leur fondement dans la répétition de cauchemars traumatiques, occasionnant ainsi des réveils fréquents (troisième postulat). Enfin, le dernier postulat se soustrait de la fonction symbolique du rêve pour concevoir plutôt l'insomnie par la difficulté à régresser dans une position de repos qui nécessite une mise à distance de l'excitation.

Liens entre l'insomnie et l'alexithymie

Certaines études s'attardent à la problématique de l'insomnie associée à l'alexithymie et appréhendent la thématique sous différents angles épistémiques. Pour le compte de cette partie, quelques-unes sont proposées et parmi lesquelles la TAS-20 se retrouve au centre de la majorité d'entre elles.

Du nombre des plus récentes études se retrouve celle menée par une équipe canadienne qui évalue l'impact du lien entre l'alexithymie et l'hygiène du sommeil sur les problèmes de sommeil (Bauermann, Parker, & Taylor, 2008). Les analyses menées auprès de 2054 jeunes adultes tout-venant font ressortir que les participants

alexithymiques se démarquent en ce qui a trait à l'insomnie, la somnolence excessive, le somnambulisme et les cauchemars, comparativement aux participants non alexithymiques. Les auteurs avancent qu'il est peu probable que la dépression contribue à l'expérience subjective de l'insomnie, puisque les participants alexithymiques et non-alexithymiques affichent des scores semblables sur la mesure de l'humeur générale. Pour ces chercheurs, les différences obtenues laissent plutôt croire en la présence de problèmes subjectifs liés au sommeil, ou en la préoccupation de symptômes liés au sommeil, et pour lesquels une perturbation physiologique peut y être associée. Dans le cas où une perturbation physiologique est non présente, les auteurs suggèrent que les conflits psychiques intériorisés et l'incapacité de verbaliser les problèmes peuvent contribuer à entraîner une excitation nocturne accrue, et delà, une insomnie chez les individus alexithymiques.

L'analyse de l'étude canadienne (Bauermann et al., 2008) vient confirmer l'hypothèse établie antérieurement par Hyypä, Lindholm, Kronholm et Lehtinen (1990) dans le cadre de leur étude physiologique conduite auprès de 257 adultes de la population finlandaise. Ces derniers chercheurs mettaient en évidence des corrélations positives entre l'alexithymie et l'insomnie, et plus particulièrement la latence du sommeil, la difficulté dans le maintien du sommeil et la parasomnie. Toutefois, ils avançaient avec prudence la théorie de l'excitation de l'insomnie fonctionnelle ou la théorie psychophysiologique définie comme étant la tendance à internaliser les conflits

psychique et l'incapacité à les verbaliser pouvant conduire une augmentation de l'excitation nocturne et une insomnie subséquente.

Une autre étude physiologique produite par Bazydlo, Lumley et Roehrs (2001) avance des conclusions similaires à celles rapportées jusqu'à maintenant. Ces auteurs obtiennent des corrélations positives tracées entre l'alexithymie et certaines phases du sommeil des cinquante adultes observés pendant une nuit en laboratoire. La perturbation de ces phases étudiées est étroitement associée au sommeil plus léger, à la somnolence, à la fatigue diurne, à l'apparition de symptômes somatiques et au rappel limité des rêves.

Cependant, Lundh et Broman (2006) apportent certaines nuances tirées de leurs observations menées auprès de 259 patients insomniaques alexithymiques vus en clinique. Leur démonstration fait état d'une insomnie davantage liée à une anxiété élevée, à la dépression ou au perfectionnisme dans le sommeil, plutôt qu'aux sous-échelles DIF (difficulté à identifier les émotions) et DDF (difficulté à décrire les émotions) de l'alexithymie. Pour ces auteurs, ce résultat peut s'expliquer par le fait que les deux sous-échelles alexithymiques sont confondues par des états émotionnels négatifs influencés à la fois par l'humeur (effet positif et négatif) et par les normes personnelles des participants (le perfectionnisme dans le sommeil). En ce qui a trait à la sous-échelle EOT (pensée opératoire ou orientée vers l'extérieur), aucune corrélation n'est obtenue avec les variables anxiété, dépression et perfectionnisme, ce qui suggère que la sous-échelle EOT serait associée à l'insomnie.

Par ailleurs, une méta-analyse réalisée par Kronholm, Partonen, Salminen, Mattila, et Joukamaa (2008) apporte certaines précisions quant au rôle joué par l'alexithymie sur l'insomnie et la dépression. Pour ce faire, leur analyse est conduite auprès de 5388 participants adultes de la population finlandaise. Les auteurs concluent que l'alexithymie peut être considérée comme un facteur de risque potentiel à la dépression - la dépression faisant elle-même partie des facteurs conduisant à l'insomnie et à son maintien. Par ailleurs, bien que les trois sous-échelles de la TAS-20 soient associées à des troubles du sommeil, la sous-échelle DIF (difficulté à identifier les émotions) se présente comme étant le meilleur prédicteur des symptômes d'insomnie, tandis que la sous-échelle EOT (pensée opératoire ou celle mesurant le style de pensée orientée vers l'extérieur) apparaît liée aux perturbations de sommeil chez les hommes seulement.

D'autres études se penchent sur les effets des troubles du sommeil chez des participants alexithymiques selon leur genre et leur âge. Par exemple, les travaux de Kronholm et al. (2008) soulèvent que les hommes vivant un trouble du sommeil pris au sens large présentent une plus forte tendance à l'alexithymie par rapport aux femmes. Pour leur part, Hyypä et al. (1990) soulèvent que les sujets plus âgés, les hommes en particulier, sont plus alexithymiques que les plus jeunes et que les femmes. Les femmes semblent être plus capables ou plus disposées à exprimer leurs sentiments, ce qui peut expliquer l'association plus faible entre les traits alexithymiques et le mauvais sommeil de ce groupe par rapport aux hommes.

Pour terminer, d'autres travaux sont menés à partir de différentes variables sociodémographiques telles que l'éducation et l'emploi. Les résultats démontrent que plus les participants alexithymiques ont un niveau d'éducation élevé ou un emploi du temps chargé par le travail, plus ils rapportent des problèmes d'insomnie (Hyypä et al., 1990).

En somme, certains auteurs font des liens entre la problématique liée au sommeil et l'alexithymie. Toutefois, les études restent à approfondir.

Pertinence et objectif de l'étude

La majeure partie des études rapportées font la démonstration d'une corrélation positive entre l'alexithymie et l'insomnie, et brosse un tableau étendu de la problématique qui reste toutefois à explorer davantage. Certaines conclusions de ces études sont reprises ici sommairement. Certaines d'entre elles affirment que l'émergence de conflits intrapsychiques et la difficulté à exprimer les émotions favorise la manifestation de l'insomnie chez les alexithymiques. D'autres avancent que l'alexithymie peut intervenir indirectement sur l'insomnie en jouant un rôle sur la dépression, alors que cette dernière facilite elle-même l'insomnie. Enfin, d'autres proposent plutôt que l'anxiété, la dépression et le perfectionnisme liés au sommeil figurent comme éléments perturbateurs au sommeil, bien que la difficulté à identifier les émotions (DIF) soit un élément annonciateur de l'insomnie et que la pensée opératoire (EOT) participe à son apparition.

Le courant actuel s'intéressant à l'alexithymie associée au sommeil, et plus précisément à l'insomnie, adopte plutôt un angle physiologique. Il apparaît donc pertinent de proposer l'étude de cette problématique sous une perspective qui aborde certains déficits intrapsychiques dans le but de dégager une compréhension plus enrichie. Pour ce faire, le présent essai propose de combiner l'examen de déficits intrapsychiques aux indices de la dépression et de l'anxiété.

Il est aussi à noter qu'un certain nombre de recherche portant un intérêt à cette problématique tentent d'en expliquer les mécanismes à travers des instruments de mesure très courants, notamment la TAS-20. Parmi ces études et toutes celles consultées pour les fins du présent essai, aucune n'utilise le *Rorschach* pour évaluer le lien entre l'alexithymie et le sommeil. Ainsi, l'objectif de cette recherche exploratoire vise à examiner comment s'articule l'alexithymie selon certains déficits intrapersonnels et interpersonnels à travers des indices du *Rorschach*, ainsi qu'à travers les indices de la dépression et de l'anxiété chez les gens rapportant des problèmes d'insomnie.

Méthode

Cette section expose les éléments essentiels à la réalisation de ce projet de recherche, soit les participants, les instruments de mesure ainsi que le déroulement de l'étude.

Participants

Le projet a été réalisé au Groupe de Médecine Familiale Universitaire (GMF-U) du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Nord de Lanaudière. Les participants ont été recrutés à partir d'un bassin de patients inscrits à des séances d'informations relatives aux problèmes de sommeil offertes par cette clinique. Ces participants devaient avoir un dossier médical actif à la clinique et devaient consulter un professionnel de la santé physique ou mentale pour un problème de sommeil. Ainsi, tous ces patients femmes et hommes âgés de 18 à 60 ans ont été invités à participer à la présente étude sur une base volontaire. Il s'agit d'une population adulte qui permet d'exclure, dans la mesure du possible, les problématiques développementales liées à l'adolescence et au vieillissement. Également, les problématiques associées à la déficience intellectuelle ont été retirées en vue de maximiser la compréhension relative aux questionnaires et aux tests administrés.

Au terme de l'expérience, huit participants ont rapporté faire de l'insomnie et ont rendu des réponses valides aux questionnaires et au test. Le Tableau 1 qui suit dévoile les informations sociodémographiques de ces participants.

Tableau 1

Données sociodémographiques des participants

Participants	Sexe	Âge	Enfant	Statut marital	Scolarité	Emploi
1	F	58 ans	Non	En couple	Université	Oui
2	F	35 ans	Non	En couple	Collégial	Oui
3	F	58 ans	Oui	En couple	Secondaire	Oui
4	F	33 ans	Non	Célibataire	Université	Oui
5	F	53 ans	Oui	Veuve	Collégial	Non
6	F	39 ans	Oui	En couple	Secondaire	Non
7	H	55 ans	Oui	Séparé	Université	Oui
8	F	37 ans	Oui	En couple	Collégial	Oui

Ces données révèlent que sept participants sont des femmes et un seul est un homme. L'âge varie de 33 à 58 ans. Parmi les huit participants, cinq ont des enfants; cinq vivent conjointement; six ont complété des études postsecondaires, et deux sont sans emploi depuis plusieurs années. Hormis ces éléments apparaissant au tableau, certains participants ont accepté de répondre aux questions qualitatives. Parmi eux, cinq affirment avoir recours à une ordonnance médicale pour gérer leurs problèmes de sommeil. Pour terminer, un seul participant mentionne faire usage d'alcool quotidiennement, soit le participant no. 2, et quatre révèle en faire usage sur une base hebdomadaire. Aucun participant n'affirme faire usage de drogue illicite.

Instruments de mesure

Les participants ont répondu à quatre questionnaires et à un test sur place au GMF-U en présence de la chercheuse. Les quatre questionnaires sont de nature autorapportée.

Formulaire de consentement et questionnaire d'informations préliminaires

Le formulaire de consentement et le questionnaire d'informations préliminaires ont été conçus par la chercheuse (voir Appendices A et B). Le questionnaire couvre les principaux éléments sociodémographiques. En outre, on y retrouve certaines questions relatives à la consommation de médicaments et à la consommation d'alcool et/ou de drogues. Ces questions peuvent apporter une information supplémentaire en ce qui a trait à la gestion émotionnelle des participants alexithymiques.

Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items

Le deuxième questionnaire est l'Échelle d'alexithymie de Toronto à 20 items, soit la TAS-20 (Bagby, Taylor, & Parker, 1994, traduction française par Loas, Otmami, & Verrier, 1996). À ce jour, il existe un certain nombre d'instruments de mesure de l'alexithymie. Mais la TAS-20 est l'échelle la plus utilisée pour évaluer cette problématique. Il s'agit d'un questionnaire comprenant 20 items qui évalue la difficulté à décrire et à exprimer ses émotions ainsi que la difficulté à distinguer ses émotions de ses sensations corporelles.

La procédure de la TAS-20 consiste à répondre aux questions en se référant à la grille de réponse de type Likert qui situe en cinq points le degré de son accord vis-à-vis chaque énoncé (1 = *désaccord complet*; 2 = *désaccord relatif*; 3 = *ni accord ni désaccord*; 4 = *accord relatif*; 5 = *accord complet*). Le score total des réponses peut varier de 20 à 100. Selon la version française de la TAS-20 (Loas et al., 1996), les points de coupure se situent à 56 et à 44. Ainsi, un score total égal ou supérieur à 56 indique la présence d'une alexithymie. Tandis qu'un score total égal ou inférieur à 44 signifie l'absence d'une alexithymie. Étant donné que l'alexithymie est considéré comme une variable dimensionnelle (modérément alexithymique, moyennement alexithymique, ou fortement alexithymique) plutôt que binaire (alexithymie ou non alexithymie), les scores doivent être interprétés en terme de probabilité. Ainsi, un score égal ou supérieur à 56 indique de forte chance d'être alexithymique, tandis qu'un score égal ou inférieur à 44 révèle de faible chance de l'être.

La TAS-20 se compose de trois sous-échelles. La première évalue la difficulté à identifier ses états émotionnels (DIF) à partir de 7 items s'y rapportant (items 1, 3, 6, 7, 9, 13 et 14). La deuxième mesure la difficulté à décrire les états émotionnels à autrui (DDF) à partir de 5 items y correspondant (items 2, 4, 11, 12, et 17). Enfin, la troisième évalue la pensée opératoire (EOT) à partir de huit items s'y rattachant (items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 et 20) (Bouvard, 2009). La marche à suivre repose sur l'addition du score des items obtenus à l'intérieur de chacune des sous-échelles. Certains items ont un score inversé (4, 5, 10, 18 et 19). Zimmermann, Quartier, Bernard, Salamin et Maggiori (2007)

soulignent qu'il n'y a pas de point de coupure en ce qui concerne ces sous-échelles. Ainsi, les scores sont établis sur un continuum, c'est-à-dire que plus le score est élevé sur une sous-échelle, plus l'indicateur relatif à cette mesure est présent.

La fiabilité de la version francisée de la TAS-20 démontre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,86$). La cohérence des sous-échelles DIF (difficulté à identifier les états émotionnels) et DDF (difficulté à exprimer les états émotionnels à autrui) est aussi concluante ($\alpha = 0,77$ et $\alpha = 0,89$ respectivement). Toutefois, on observe un niveau inférieur de la consistance interne pour le facteur lié à la sous-échelle EOT (pensée opératoire; $\alpha = 0,54$), tout comme on le retrouve dans sa version anglophone d'origine (Watters, Taylor, & Ayearst, 2016).

Rorschach

L'épreuve du *Rorschach* est un test projectif qui ne requiert aucune connaissance ni habileté particulière. Il se présente sous forme de dix planches distinctes sur lesquelles reposent des taches d'encre imprimées en deux parties symétriquement opposées et apparaissant dans des teintes achromatiques et chromatiques. La passation de ce test s'effectue en deux temps à l'intérieur d'une seule et même rencontre. Dans un premier temps, le participant est encouragé à livrer librement ses réponses que suscitent les images à la suite de la consigne suivante : « Qu'est-ce que ça pourrait être? ». Dans un deuxième temps, lors de la phase de l'enquête, l'examineur revoit dans le même ordre

de présentation les réponses du participant avec celui-ci et l'invite à les repérer ainsi qu'à lui expliquer ce qui détermine ses réponses.

À la suite de l'administration du test, l'examineur procède à la cotation des réponses à partir du système intégré d'Exner (2001). Ce système d'interprétation est régulièrement utilisé dans les études. La cotation correspond à plusieurs éléments quantitatifs (localisation, déterminants, forme, couleur, estompage, kinesthésies humaines ou autres) qui s'appuient sur des statistiques normatives. Les protocoles sont cotés par la chercheuse et la directrice de l'essai doctoral pour s'assurer de l'exactitude de la cotation. Puis, l'interprétation des protocoles est menée à partir d'indices tirés du système intégré d'Exner. C'est à partir du matériel verbal et représentatif recueilli qu'est évalué le monde interne et la dynamique intrapsychique du participant. Plus spécifiquement, l'analyse des réponses vient illustrer comment le participant traite cognitivement l'information et comment il parvient à s'adapter à la réalité au moyen des stimuli visuels qui lui sont présentés. Le test permet aussi d'accéder à ses niveaux d'angoisses, à la nature de ses besoins affectifs, à ses mécanismes défensifs, ainsi qu'à ses mesures adaptatives en matière de régulation des affects et de contrôle (p. ex., agressivité inconsciente, répression des affects, impulsivité). Le *Rorschach* donne également accès à son mode d'aménagement relationnel objectal (par exemple : intérêt pour les autres, méfiance, niveau d'agressivité ou d'intimité dans les relations), ainsi qu'à la perception de lui-même et des autres (par exemple : image de soi, estime de soi). Les Tableaux 2 et 3 qui suivent illustrent les indices portés à cette étude selon le *Rorschach*.

Tableau 2

Déficit intrapersonnel. Bloc de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress selon le Rorschach

Indices	Descriptions
Score D adj et CDI	Indicateur de score général de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress
EA	Indicateur de validité du D Adj et ressources internes (Forces du Moi)
EB et Lambda	Indicateur de validité du EA et du D Adj en lien avec la gestion des émotions
es et es Ajusté	Indicateur de validité du D Adj en lien avec la capacité de contrôle et de tolérance au stress
eb	Indicateur de variables influençant la capacité de contrôle et la tolérance au stress (soit FM, SumC', SumV, SumT)
FM	Indicateur de besoins insatisfaits ou atypiques
SumC'	Indicateur de l'internalisation trop grande plus que souhaité
SumV	Indicateur de l'introspection négative
SumT	Indicateur du sentiment de solitude ou de vide

Certains indices liés au déficit intrapersonnel et interpersonnels sont plus particulièrement ciblés. Le choix de ces derniers indices repose sur le fait qu'ils sont associés au bloc de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress ainsi qu'au bloc de la perception des relations et des comportements interpersonnels. Il s'agit des deux éléments vérifiés dans notre étude.

Le Tableau 2 présente le bloc de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress. Il s'agit d'indicateurs pertinents en lien avec l'alexithymie qui font référence au déficit intrapersonnel au *Rorschach*. Il à noter que d'autres indices au *Rorschach* réfèrent à ce type de déficit. Le choix d'analyser plus particulièrement ce bloc est dû au fait que les indices qui y apparaissent visent à cibler d'autres dimensions, telles que les ressources personnelles disponibles chez les participants permettant de se mobiliser en vue de répondre aux demandes extérieures. L'analyse de ce bloc permet notamment de mettre en lumière la capacité du participant à élaborer des décisions et à avoir des comportements adaptés face aux exigences d'une situation, aux stressseurs.

Le Tableau 3 expose les déficits interpersonnels à partir du bloc de la perception des relations et des comportements interpersonnels selon le *Rorschach*. Ces indices permettent de vérifier la présence d'éléments indiquant un déficit de compétence relationnelle, la présence de caractéristique atypique susceptible de modifier les perceptions entretenues face aux autres ou la manière d'interagir avec les autres. Aussi, ces indices permettent d'identifier la présence de déficit en regard aux rapprochements affectifs et la capacité de s'intéresser aux autres. Enfin, il est aussi possible de voir la perception positive des participants face aux échanges interpersonnels, ainsi que leur caractère défensif dans des contextes relationnel ou leur tendance à l'isolement.

Tableau 3

Déficit interpersonnel. Bloc de la perception des relations et des comportements interpersonnels selon le Rorschach

Indices	Descriptions
CDI	Incompétence ou immaturité relationnelle
HVI	Hypervigilance dans les relations
a:p	Passivité dans les relations
(Fd)	Besoin d'appui sur les autres
SumT	Besoin de proximité et d'ouverture aux relations affectives proches
Somme des contenus humains et H pur	Intérêt pour les autres et vision de ses relations
GHR/PHR	Efficiences des comportements interpersonnels
COP et AG	Conception interne des relations
PER	Besoin de contrôle dans ses relations
Isolement social	Degré d'implication ou d'intérêt dans les interactions sociales

Enfin, il importe de préciser que le système intégré d'Exner est le plus largement utilisé en recherche. Ses propriétés psychométriques ont été démontrées dans une méta-analyse qui soutient un bon indice de validité avec une corrélation moyenne de 0,27 (Meyer, Viglione, & Giromini, 2014). Certains auteurs établissent même un rapprochement de la validité de convergence, de la fiabilité et de la stabilité moyenne du *Rorschach* à celles retrouvées au MMPI-II (Parker, Hanson, & Hunsley, 1988).

Échelle d'alexithymie du Rorschach (RAS)

L'*Échelle de l'alexithymie pour le Rorschach* (RAS) a été créée à partir du système intégré d'Exner. Celle-ci permet d'évaluer les indices se rattachant proprement à l'alexithymie. Pour ce faire, certains indices plus particuliers sont considérés dans le *Rorschach*. Le premier indice est le pourcentage de forme (Form%) qui est associée à la dimension cognitive sollicitée face aux stimuli externes et internes. Cet indice a un impact majeur dans le calcul du RAS, puisqu'il représente la plus grande relation avec l'alexithymie. Il mesure la pensée concrète, l'évitement de la complexité, les stéréotypes, l'ouverture à l'expérience et la capacité d'intégrer l'ensemble des éléments dans un contexte donné. Le deuxième indice est la constellation CDI. Un nombre élevé au CDI peut indiquer des ressources limitées dans un processus d'adaptation qui indisposent la personne à gérer les relations interpersonnelles adéquatement et à intégrer positivement les commentaires des autres. Enfin, le troisième indice est le nombre de réponse populaire qui implique la capacité de se conformer à des normes sociales préétablies et qui correspond par le fait même à l'adaptation sociale (Exner & Erdberg, 2005; Weiner, 2003). À partir des scores obtenus à ces trois indices, une formule est utilisée pour faire le calcul du score total à la RAS¹.

Dans leur étude portant sur la RAS, Porcelli et Mihura (2010) établissent des points de coupure de la façon suivante. Un score total égal ou supérieur à 60 indique la présence d'une alexithymie; un score total se situant entre 50 et 59 représente une

¹ Calcul de la RAS = (Form% x 19,65) + (Total CDI x 1,98) + (Nombre de réponses populaires x 2,44) + l'ajout de la constante de 22,44.

alexithymie intermédiaire; alors qu'un score total inférieur à 50 signifie l'absence d'une alexithymie. Mais lorsque le score total à la RAS a antérieurement été établi par Porcelli et Mihura, une approche systématique et une validation croisée a été utilisée. Ainsi, au final, pour déterminer si un individu a de fortes chances d'être alexithymique, il doit nécessairement présenter des scores hors normes aux trois indices suivants : la forme (Form%), la constellation CDI et les réponses populaires (Pop).

Enfin, il est à mentionner que selon Taylor et al. (1997), l'indice de réponse populaire agencé à la constellation CDI apparaît associé aux compétences interpersonnelles déficientes chez les personnes alexithymiques. Cependant, les auteurs attirent l'attention à l'effet que le conformisme dans les relations interpersonnelles peut être autant une conséquence inhérente au dysfonctionnement cognitif dans le traitement émotionnel chez les sujets alexithymiques, qu'une difficulté à bénéficier des relations interpersonnelles pour les fins de la régulation émotionnelle.

En ce qui concerne les propriétés psychométriques, Porcelli et Meyer (2002) font la démonstration de la validité de construit de cette échelle. Pour ce faire, ils sélectionnent six ensembles de variables à partir du système complet du *Rorschach*. Leur analyse démontre que les participants cliniques de leur étude présentent une vie fantasmatique pauvre, une capacité émotionnelle expressive mésadaptée, de piètres ressources adaptatives, une pensée pragmatique marquée par les stéréotypes, ainsi qu'un conformisme social qui compromet les relations sociales. Les auteurs concluent que le

RAS s'avère être un outil intégratif fiable à combiner à d'autres instruments de mesure dans le cadre d'une évaluation alexithymique. Bien que cet outil ne puisse remplacer la TAS-20, sa richesse permet d'apporter une perspective éclairante et nuancée dans la complexité des caractéristiques psychologiques alexithymiques.

Inventaire de dépression de Beck (BDI-II)

Le troisième questionnaire est l'Inventaire de dépression de Beck, soit le BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996, traduction française aux Éditions du Centre de psychologie appliquée). Puisque la dépression peut être susceptible d'interférer sur l'alexithymie, l'utilisation de ce questionnaire s'avère justifiée. Il s'agit d'un questionnaire de 21 questions qui évalue la présence ou non de symptômes dépressifs, et la sévérité de la dépression selon le score total obtenu, le cas échéant. Le participant répond aux questions qui décrivent le mieux sa situation à partir du choix de réponse établi sur une échelle de Likert échelonné de 0 à 3. Le score total obtenu s'interprète selon l'échelle des scores préétablie par l'outil. Ainsi, un score s'échelonnant de 0 à 11 indique l'absence de dépression; un score variant de 12 à 19 dénote une dépression légère; un score allant de 20 à 27 reflète une dépression modérée; et un score supérieur à 27 signale une dépression sévère. Les auteurs rappellent que les scores de l'échelle apparaissent à titre informatif quant à la présence et au degré de dépression présent, et non aux fins de diagnostic clinique. Enfin, il est à mentionner que la fidélité test-retest du BDI est satisfaisante selon Steer, Ball, Ranieri et Beck (1999) et que cette mesure est fréquemment utilisée en recherche comme en clinique.

Inventaire d'anxiété de Beck (BAI)

Le quatrième questionnaire est l'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI; Beck & Steer, 1993). L'anxiété peut avoir un impact sur l'alexithymie et pour cette raison, le recours à ce questionnaire se justifie. Il s'agit d'un questionnaire de 21 questions qui mesure la présence ou non de symptômes associés à l'anxiété. Le participant répond aux questions en rapportant ses sensations aux choix de réponse qui lui sont proposés selon l'échelle de Likert à quatre niveaux (1 = *pas du tout*; 2 = *légèrement*; 3 = *modérément*; 4 = *fortement*). Le score total obtenu s'interprète selon l'échelle des notes seuils préétablies par l'outil. Par exemple, une note seuil de 0 à 7 marque un niveau minimum d'anxiété; une note seuil de 8 à 15 annonce une légère anxiété; une note seuil de 16 à 25 est considéré comme étant une anxiété modérée; et une note seuil de 26 à 63 annonce une anxiété grave. Ici aussi, les auteurs de cette échelle rappellent que ces scores apparaissent uniquement comme des indicateurs et qu'ils ne constituent en aucun temps un diagnostic clinique. Enfin, il est à mentionner que la validé du BAI est utilisé fréquemment en recherche et en clinique (Beck & Steer, 1993).

Déroulement

En premier lieu, il est à mentionner que le présent projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières dont un certificat a été émis (CER-19-253-07.10). Cette recherche a également été approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière.

Dans un premier temps, les participants ont été contactés par téléphone par l'agente à la recherche du GMF-U en vue de leur demander leur accord à recevoir un appel de la chercheuse du projet de recherche. Dans un deuxième temps, ceux qui acceptaient, étaient contactés par la chercheuse afin de recevoir des explications détaillées relatives au projet de recherche. Dans un troisième temps, les participants qui désiraient collaborer à l'étude étaient rencontrés individuellement en une seule séance sur les lieux du GMF-U par la chercheuse. De là, ils signaient le formulaire de consentement qui leur était préalablement expliqué. Par la suite, ils répondaient aux questionnaires et au test l'un à la suite de l'autre et au fur et à mesure qu'ils leur étaient présentés par la chercheuse selon l'ordre suivant : le questionnaire d'informations préliminaires, la TAS-20, le BDI-II, le BAI, et le *Rorschach*. En ce qui concerne le questionnaire sociodémographique, la chercheuse évoquait aux participants leur liberté de répondre ou non aux questions liées à la prise de médication, d'alcool et de drogue apparaissant en deuxième page du document selon la demande formulée par les comités d'éthique.

Résultats

Dans cette prochaine section, les données obtenues aux questionnaires et au test apparaissent à partir de tableaux. Plus précisément, les données portant sur l'alexithymie, les déficits intrapersonnels et interpersonnels, ainsi que sur les indices de dépression et d'anxiété sont présentées. Des ajouts suivent également pour préciser certains résultats.

Alexithymie

Dans un premier temps, les résultats obtenus à la TAS-20 et à la RAS sont présentés en vue d'illustrer comment prend forme l'alexithymie chez chacun des participants.

Échelle de l'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20)

Le Tableau 4 fait état des niveaux d'alexithymie obtenus par les huit participants à l'aide de l'échelle de l'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) et des scores bruts pour chacun d'eux aux sous-échelles. Il est à noter que le score des participants à la DIF se situe de 11 à 17 sur un total de 35, celui de la DDF se situe de 7 à 18 sur un total de 25 et celui de la EOT se situe de 11 à 25 sur un total de 40.

Tableau 4

Niveau d'alexithymie selon l'Échelle de l'alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) et de ses sous-échelles

TAS-20 et ses sous-échelles	Participants							
	1	2	3	4	5	6	7	8
TAS-20	32	50	40	43	57*	59*	59*	43
DIF	11	17	15	16	17	17	16	16
DDF	10	18**	9	9	16**	17**	18**	7
EOT	11	15	16	18	24**	25**	25**	20**

Notes. * Indique des résultats égal ou supérieur à 56 = forte chance de présence d'alexithymie

** Indique des résultats élevés, soit ayant une valeur de plus de 50 % de la valeur totale de la sous-échelle correspondante.

Les résultats obtenus au TAS-20 du Tableau 4 démontrent que les participants 1, 3, 4 et 8 ont des scores inférieur à 44; ce qui signifie une faible probabilité qu'ils soient alexithymiques. D'un autre côté, les participants 5, 6, et 7 obtiennent un score égal ou supérieur à 56 sur l'échelle de l'alexithymie de Toronto à 20 items. Ce qui indique que ces participants ont de fortes chances d'être alexithymiques. Enfin, en ce qui a trait au participant 2, son score ne permet pas de tirer une conclusion concernant le niveau de présence de l'alexithymie selon l'échelle des scores de la TAS-20.

Rorschach Alexithymia Scale (RAS)

Le Tableau 5 fait ressortir le score du RAS ainsi que les trois indices de cette même échelle de mesure pour chacun des participants. Ces indices sont ceux qui confirment la présence ou non d'alexithymie. Pour qu'une difficulté alexithymique soit présente, les trois indices doivent avoir une valeur hors norme.

Tableau 5
Indices selon le Rorschach Alexithymia Scale (RAS)

Indices	Participants							
	1	2	3	4	5	6	7	8
RAS	58,71*	55,78*	74,94**	54,73*	56,04*	67,24**	45,80	52,42*
Form% (Lambda)	1,00	0,75	1,50	0,72	0,74	1,38	0,39	0,75
Réponses populaires	6	6	7	5	7	4	4	3
CDI	Non (1)	Non (2)	Non (3)	Non (3)	Non (1)	Oui (4)	Non (3)	Oui (4)

Notes. * Indique des résultats se situant entre 50 et 59 = Présence d'une alexithymie intermédiaire

** Indique des résultats égaux ou supérieurs à 60 = Présence d'alexithymie

Les résultats obtenus sur l'échelle du RAS, sont quelques peu différents à ceux retrouvés à la TAS-20. Les données recueillies démontrent que les participants 3 et 6 affichent un score supérieur à 60; ce qui indique la présence d'une alexithymie. Par ailleurs, les participants 1, 2, 4, 5 et 8 rapportent tous un score se situant entre 50 et 59; ce qui suggère une alexithymie intermédiaire. Toutefois, au final, les données des trois indices démontrent que le participant 6 est le seul à témoigner de la présence d'une alexithymie, puisque l'on retrouve des valeurs hors norme sur chacun des indices.

Rorschach : déficits intrapersonnels

Le Tableau 6 apporte les détails relatifs au bloc de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress selon le *Rorschach* retrouvés chez les participants et qui réfère à des indicateurs de déficit au plan intrapersonnel.

Tableau 6

Déficit intrapersonnel. Bloc de la capacité de contrôle et de la tolérance au stress selon le Rorschach

Indices	Participants							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Score D adj	0	0	0	0	2*	-1*	1*	0
et CDI	1	2	3	3	1	4*	3	4*
EA	7	6,5*	4,5*	9	14,5*	2,5*	11	4,5*
EB et	3,4	5:1,5	3:1,5	4:5	10:4,5	2:0,5	4:7	3:1,5
Lambda	1,0	0,75	1,5*	0,72	0,74	1,38*	0,39	0,75
es et	5	8	2	10	9	6	15	4
es Ajusté	5	8	2*	10*	7	6	8	4*
eb	3:2	2:6*	2:0	4:6*	6:3	4:2	9:6	3:1
FM	2	1*	2	3	3	3	5	3
SumC'	2	3*	0	3*	0	1	0	1
SumV	0	1*	0	0	1*	0	2*	0
SumT	0	1*	0	3*	2*	0	0	0

Note. * Indique un résultat hors norme

Rorschach : déficits interpersonnels

Le Tableau 7 présente des informations obtenues auprès des participants en ce qui concerne les indices de la perception des relations et des comportements interpersonnels selon le *Rorschach* qui réfèrent au déficit interpersonnel.

Tableau 7

*Bloc de la perception des relations et des comportements interpersonnels
selon le Rorschach*

Indices	Participants							
	1	2	3	4	5	6	7	8
CDI	1	2	3	3	1	4*	3	4*
HVI	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
a:p	2:4*	2:5*	3:2	1:7*	10:6	3:3	13:1	3:3
(Fd)	0	0	0	0	0	0	0	1*
SumT	0*	1	0*	3*	2*	0*	0*	0*
Contenus humains	6	6	4	6	12*	3	5	2*
et H pur	3	2*	2*	0*	6*	1*	1*	0
GHR/PHR17*	0:5*	1:7*	3:2	2:4*	6:6*	3:1	1:6*	0:3
COP	2	2	0*	0*	5	1	3	2
et AG	1	1	1*	0*	0	0	1	0
PER	1	2*	1	2*	0	1	3*	6*
Isolement social	0,17	0,07	0,05	0,35*	0,06	0,21	0,4*	0,29*

Note. * Indique un résultat hors norme

Dépression et Anxiété

À titre de rappel, la dépression et l'anxiété peuvent avoir un certain impact sur l'alexithymie et le sommeil. Les scores sont recueillis dans le but de voir jusqu'à quel point les participants en sont affectés.

BDI-II et BAI. Ici, le Tableau 8 rapporte les résultats obtenus à l'aide de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) et de l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI).

Les résultats obtenus sur la BDI-II informent que les participants 3, 4 et 5 obtiennent un score établi entre 0 et 11, ce qui correspond à l'absence d'indice de dépression. Les participants 1, 6 et 7 complètent le test avec un score se situant de 12 à 19, ce qui concorde avec des indices de dépression légère. Enfin, les participants 2 et 8 présentent un score allant de 20 à 27, ce qui dénote des indices de dépression modérée. De leur côté, les résultats obtenus à la BAI démontrent que les participants 2, 6, 7 et 8 exposent des scores évoluant de 8 à 15, ce qui laisse voir un léger niveau d'anxiété, tandis que les participants 1, 3, 4 et 5 rapportent un score variant de 0 à 7, ce qui indique un niveau minimal d'anxiété.

Tableau 8

Indices selon l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) et indices selon l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI)

Tests	Participants							
	1	2	3	4	5	6	7	8
BDI-II	14	22*	5	7	8	13	15	22*
BAI	2	15	1	5	4	10	10	14

Note. * Indique un résultat à la BDI-II égal ou supérieur à 20 = dépression modérée

Discussion

L'objectif de cette étude exploratoire consiste à établir des liens entre l'alexithymie d'une part, et les déficits intrapersonnels ainsi que les déficits interpersonnels d'autre part, chez des personnes rapportant une problématique d'insomnie.

Cette section est composée pour l'essentiel de trois parties. L'accent de la première partie porte sur l'analyse des résultats obtenus à partir des instruments de mesure pour chacun des participants. La seconde partie soulève les points saillants retrouvés dans l'ensemble des résultats. Parallèlement, ces observations sont commentées à la lumière des études rapportées précédemment en vue de répondre à l'objectif visé de l'essai. Pour terminer, la troisième partie présente les forces et les limites du présent travail.

Interprétation pour chacun des participants

D'abord, le profil singulier de chaque participant est illustré à partir des données relatives à l'alexithymie, aux dimensions déficitaires intrapsychiques, à la dépression et à l'anxiété.

Participant 1

Voici les données relatives à la première participante.

Alexithymie. Selon la TAS-20, la participante a peu de chance d'être alexithymique, alors qu'elle présente une alexithymie intermédiaire au RAS au premier coup d'œil. Toutefois, les trois indices de la RAS ne concluent pas à l'alexithymie.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. La participante dispose de ressources suffisantes (EA) pour assurer une bonne capacité de contrôle et de tolérance au stress (D ajusté, CDI). Elle ne semble pas vivre de tension intérieure pouvant la conduire à éprouver de l'angoisse, de la tristesse ou de l'appréhension, (SumC'). L'état de ses besoins est plutôt ressenti de manière typique (FM), puisqu'elle ne s'abandonne pas à une introspection négative et n'éprouve pas un sentiment de solitude (SumV), de dépendance, de vide ou de déprivation affective (SumT). Ainsi, ses capacités de contrôle (eb) apparaissent suffisantes pour gérer les situations de la vie.

En général, dans le cadre de ses relations interpersonnelles, la participante se montre passive avec les autres (a:p). Ce rôle peut être une stratégie lui permettant de se préserver des échanges impliquant une proximité physique ou un lien émotionnel proche (SumT), ou encore, à s'éviter de chercher des solutions aux problèmes. En dépit de cette réserve que témoigne la participante, il n'en demeure pas moins qu'elle est intéressée aux autres et sa perception qu'elle se fait de ces derniers demeure fondée sur la réalité (Somme des contenus humains et H pur). Ses échanges interpersonnels peuvent être considérés positifs lorsque ses réactions apparaissent adaptées aux regards des autres (COP et AG). Mais cette réalité ne peut être qu'apparente, puisque la passivité l'amène

souvent à démontrer un déficit dans la compréhension des gens. Ce qui peut l'amener à adopter des comportements mésadaptés susceptibles d'être rejetés par autrui et même conduire à des conflits interpersonnels (GHR et PHR).

Dépression et Anxiété. Selon l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II), la participante rapporte un niveau léger de dépression. En ce qui concerne l'inventaire d'anxiété (BAI), un indice minimal est rapporté.

Participant 2

À présent, les observations concernant la deuxième participante figurent ici.

Alexithymie. Selon la TAS-20, aucune conclusion ne peut être retirée concernant l'alexithymie, puisque le score de la participante n'est pas considéré dans les intervalles de l'échelle. Cependant, le résultat de la RAS indique que la participante affiche une alexithymie intermédiaire. En considérant les trois indices de la RAS, aucune alexithymie n'apparaît.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. La participante semble vouloir afficher une suffisance dans sa capacité de contrôle et de tolérance au stress (D ajusté et CDI), mais ses ressources internes sont plutôt limitées (EA). En fait, elle serait vulnérable de manière chronique à la désorganisation face aux stress de la vie et fonctionne mieux dans un environnement structuré. Elle semble se livrer à une

introspection négative plus qu'il ne serait souhaitable (SumV) et ruminer ses pensées, ce qui peut la conduire à vivre de l'angoisse, de la tristesse, de la tension intérieure, de l'appréhension et de la somatisation (SumC'). Aussi, elle s'abandonne à une introspection centrée sur les traits négatifs de l'image de soi, ce qui contribue à accentuer son sentiment d'inconfort et à s'autodéprécier. Ses capacités actuelles sont fragiles et peuvent la prédisposer à une dépression ou à des pensées autodestructrices. Dès lors, l'intensité des éprouvés douloureux l'amène à adopter des comportements impulsifs (FM, SumV). Il n'est pas possible d'établir les origines de son malaise, bien qu'il soit envisageable de croire qu'il peut être provoqué par des situations où elle ressent de la culpabilité ou de la honte. Pour l'instant, il demeure plus prudent de conclure que sa déprivation affective a une origine ancienne et est en lien avec un besoin affectif intense dans la sphère relationnelle (SumT).

Par ailleurs, la participante démontre une attitude passive dans ses relations interpersonnelles qui l'amène à éviter la prise de décision et à se soustraire à la recherche de solutions à ses problèmes (a:p). Elle reconnaît tout de même son besoin de proximité physique, relationnelle et affectif. En apparence, elle apparaît ouverte à exprimer ses besoins de façon typique (SumT) et à porter un intérêt aux gens. Cependant, sa mauvaise compréhension de ces derniers l'amène à interpréter à tort leurs gestes relationnels. Cette difficulté peut l'amener à adopter des comportements susceptibles de provoquer son rejet en retour (somme des contenus humains et H pur). Qui plus est, ses comportements interpersonnels prennent des formes mésadaptées et

sont mal perçues par les autres, ce qui peut conduire à des conflits interpersonnels (GHR et PHR). Néanmoins, elle anticipe les interactions positives avec les gens et se démontre intéressée à y participer (COP et AG). Dans un tel contexte, elle peut tout de même se sentir insécure quand elle perçoit la menace de la rivalité. En lieu de défense à son inconfort, elle est susceptible de faire l'étalage de ses connaissances, bien que ce comportement ne soit pas nécessairement un obstacle relationnel (PER).

Dépression et Anxiété. Selon le résultat obtenu à l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II), la participante présente un niveau modéré de dépression. Tandis que le résultat apparaissant sur l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI), elle rapporte un niveau léger d'anxiété.

Participant 3

Le passage qui suit illustre les éléments de cette participante.

Alexithymie. Le résultat de la TAS-20 informe que la participante a peu de chance d'être alexithymique. De son côté, le résultat obtenu à la RAS signale une forte chance d'alexithymie. Mais lorsque les trois indices de la RAS sont pris en compte, il en ressort une absence d'alexithymie.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. À prime à bord, la participante semble vouloir démontrer une capacité de contrôle et une tolérance au stress

adaptées (D ajusté et CDI). Mais, elle surestime ses ressources internes et se retrouve rapidement dépassée par ses limites (EA). Pour s'adapter, elle tente de simplifier, de négliger ou de nier les éléments complexes des situations qui l'entourent (D ajusté et CDI). Son envahissement chronique peut l'amener à se désorganiser face aux stress inhérents de la vie. Au mieux, elle peut fonctionner dans des environnements bien structurés et raisonnablement dépourvus d'ambiguïté (D ajusté, CDI et EA). Toutefois, elle ne succombe pas à la pression intérieure qui pourrait apparaître par l'entremise d'une introspection négative, d'angoisse, ou de déprivation affective.

La participante est aussi une personne qui fait montre de prudence dans les situations de proximité interpersonnelle, en particulier celles impliquant un échange physique. Elle tend plutôt à se soucier de son espace personnel et à être modérée dans l'établissement ou le maintien de ses liens émotionnels étroits (SumT). Cet aspect corrobore avec sa tendance à s'intéresser peu aux gens et à adopter un repli émotionnel ou un isolement social (Somme des contenus humains et H pur). En dépit de son besoin de se retirer, lorsqu'elle se retrouve dans diverses situations relationnelles élargies, elle fait preuve de comportements interpersonnels efficaces et positifs (GHR et PHR), et apparaît sociable. Toutefois, elle devient rapidement mal à l'aise dans de pareilles situations et peut être perçue comme étant distante par les autres, puisqu'elle préfère rester en périphérie des interactions de groupe (COP et AG).

Dépression et Anxiété. Le score soutiré à partir de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) pour cette participante démontre une absence de dépression, et celui recueilli à partir de l'inventaire d'anxiété (BAI) affiche un minimum d'anxiété.

Participant 4

Le profil de la quatrième participante suit à présent.

Alexithymie. À l'échelle de la TAS-20, la participante présente peu de chance d'être alexithymique. Tandis que l'emploi de la RAS soulève une alexithymie intermédiaire. Finalement, les trois indices de la RAS concluent en l'absence d'une alexithymie.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. D'ordinaire, cette participante démontre une capacité de contrôle et de tolérance au stress comme la plupart des gens (D ajusté, CDI et EA). Pour ce faire elle ne s'occupe que de l'essentiel dans une situation donnée et néglige intentionnellement les éléments secondaires (EB). Cependant, elle éprouve actuellement un certain malaise qui signale la présence d'un sentiment de déprivation affective (eb). Ce malaise résulte en un besoin de contact relationnel intense. (SumT). Cet aspect semble la plonger dans une internalisation des affects plus qu'à l'habituel et est susceptible de lui faire vivre de l'angoisse, de la tristesse, de la tension, de l'appréhension jusqu'à une désorganisation somatique (SumC'). Lorsque la participante ne vit pas de tels événements, elle dispose de

ressources internes suffisantes (D ajusté, CDI et EA). Mais dans les circonstances actuelles, elle sous-estime ses capacités alors que sa réaction révèle l'adoption volontaire d'un plus grand contrôle vis-à-vis ses comportements. Elle devient alors plus résistante au stress que la plupart des gens (D ajusté).

Sur le plan interpersonnel, la participante démontre des déficits importants. D'abord, sa passivité l'amène à éviter de se mettre à la recherche de solution ou de se mettre en action (a:p). Son enjeu de passivité teinte toute sa sphère relationnelle et apparait à l'origine de son insatisfaction affective. En effet, la participante affiche un besoin de contacts étroits très forts mais se sent démunie pour y répondre. L'intensité de son besoin est réactionnelle à son manque et cet aspect peut aveugler son jugement jusqu'à la rendre vulnérable à la manipulation d'autrui (SumT). Sur un plan plus élargi de ses relations, elle apparait ouverte aux autres, mais tend à interpréter faussement leurs gestes et maintient des attentes élevées à leur endroit (contenus humains et H pur). Qui plus est, elle a tendance à adopter des comportements inefficaces et mésadaptés lorsqu'elle interagit, ce qui l'amène à être mis de côté par les autres. Son manque de compréhension des gens peut même conduire à des conflits non souhaités (GHR et PHR). D'autre part, la participante n'anticipe pas positivement les interactions. Bien qu'elle soit perçue comme étant sociable à prime à bord, son mal être relationnel la maintient à distance des interactions de groupe (COP et AG). Pour se préserver de son manque d'assurance en présence d'autrui, elle tend à exposer ses connaissances, bien que cette stratégie d'adaptation n'envenime pas pour autant ses interactions (PER). En

somme, la participante vit un isolement social dû à des difficultés de créer des contacts ou à les maintenir de façon soutenue, ce qui accentue son sentiment d'insatisfaction (Index d'isolement social).

Dépression et Anxiété. La participante ne rapporte pas d'indice de dépression selon l'inventaire de la BDI-II et présente un niveau minimal d'anxiété à la BAI.

Participant 5

Les données relatives à cette cinquième participante sont présentées ci-après.

Alexithymie. La participante présente un fort niveau d'alexithymie à la TAS-20 et une alexithymie intermédiaire apparaît à première vue au RAS. Toutefois, les trois indices de la RAS soutiennent finalement à l'absence d'alexithymie.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. Cette personne tente d'afficher une grande capacité à contrôler ses comportements (EB). Cependant, ses ressources internes sont insuffisantes (EA), ce qui l'entraîne dans un état chronique de surcharge (D ajusté). Ainsi, elle se sent dépourvue de capacité de contrôle et de tolérance au stress (D ajusté et CDI). Elle apparaît ruminer les aspects négatifs de l'image de soi, ce qui la plonge dans une autodépréciation chronique et dans des affects d'inconfort (SumV). Un sentiment de déprivation est aussi présent (SumT). Un évènement situationnel semble être à l'origine de cet état : la perte d'objet d'amour

semble avoir avivé sa culpabilité et sa honte (SumV). Malgré cet évènement, les ressources de la participante seraient insuffisantes pour assurer une bonne capacité de contrôle et de tolérance au stress (D ajusté et CDI).

En ce qui a trait à ses relations interpersonnelles, il s'agit d'une personne qui souffre de solitude affective et son besoin de proximité reste non comblé. L'intensité de ce manque est tel qu'il pourrait obscurcir son discernement et la rendre à la merci des abus des autres (SumT). Cette personne porte un fort intérêt aux gens mais tire une mauvaise compréhension d'eux et entretient des attentes irréalistes à leur égard (Somme des contenus humains et H pur). De surcroît, elle est sujet à adopter des comportements relationnels moins bien adaptés aux circonstances et risquent d'être perçue négativement par les autres (GHR et PHR). D'ailleurs, il est probable que son parcours relationnel antérieur ait été parsemé d'embûches. À présent, son inaptitude relationnelle semble la conduire au rejet. Son manque de compréhension pour les gens entretient ses comportements mésadaptés qui, à leur tour, augmentent la probabilité d'apparition de conflits non souhaités (GHR et PHR). Elle est probablement peu consciente de la portée de ses inaptitudes relationnelles et s'attend à avoir des interactions positives avec les autres. Il n'en demeure pas moins qu'elle est appréciée des gens lorsqu'elle se retrouve dans un groupe où les contacts restent davantage superficiels (COP et AG).

Dépression et Anxiété. Les données recueillies aux inventaires de Beck révèlent une absence de dépression à la BDI-II et un niveau minimal d'anxiété à la BAI.

Participant 6

Ici, les particularités de cette participante prennent place.

Alexithymie. La TAS-20 affiche une forte chance d'alexithymie, ce qui est corroboré à la RAS qui dénote aussi un fort niveau d'alexithymie. Les trois indices à la RAS concluent en la présence d'une alexithymie.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. Cette participante est dans un état chronique de surcharge (D ajusté). En conséquence, ses ressources internes seraient insuffisantes (EA) pour assurer une capacité de contrôle et de gestion du stress permettant de faire face aux stress inhérents de la vie. Il y a moins de probabilité de désorganisation interne lorsqu'elle se retrouve dans des situations bien définies et où les demandes sont prévisibles (D ajusté et CDI). Dans le cas contraire, elle demeure soumise à son impulsivité (FM). D'ailleurs, sa surcharge est à telle point qu'elle est incapable de mettre en œuvre certaines décisions (D ajusté). Elle peut être perçue comme étant distante et inadéquate, et tend à se montrer moins sensible aux besoins des autres et à leur porter moins intérêt. Toutefois, ces résultats pourraient être quelques peu trompeurs, puisque plusieurs données indiquent que le protocole n'est pas valide. À cet égard, il n'est pas clair si la participante est défensive face au test ou si elle est évitante (Lambda). En conséquence, il importe de demeurer prudent face aux résultats de ce bloc pour cette participante.

Cette participante présente une carence importante en matière de compétence interpersonnelle. Son immaturité relationnelle fait obstacle à ses interactions avec l'environnement, et plus particulièrement dans la sphère interpersonnelle (CDI). Les relations avec les autres seraient superficielles; elles lui apparaissent plus difficiles à établir et à maintenir. La participante reconnaît tout de même son besoin relationnel mais elle se montre très prudente quand vient le moment de l'exprimer dans un contexte de proximité, en particulier celui impliquant un échange étroit (SumT). Elle sent davantage l'urgence de protéger son espace personnel. Du coup, elle apparaît peu ouverte aux échanges et, par le fait même, sa perception des autres se trouve biaisée (Somme des contenus humains et H pur). Néanmoins, lorsque les situations lui sont familières, la participante parvient jusque dans une certaine mesure à mettre en pratique des comportements adaptés et bien perçus par les autres (GHR et PHR). Enfin, la participante a probablement une conception naïve des interactions sociales et ne dégage probablement pas une bonne lecture de ses limites relationnelles, mais elle est en mesure de voir d'un bon œil les interactions entre les gens et est intéressée à y participer (COP et AG).

Dépression et Anxiété. La participante expose un niveau léger de dépression et d'anxiété aux inventaires de Beck (BDI-II et BAI).

Participant 7

À présent, voici comment ressortent les observations recueillies chez ce participant.

Alexithymie. Selon la TAS-20, le participant a de forte chance d'être alexithymique alors qu'il n'affiche pas d'alexithymie selon le RAS. Les trois indices de la RAS tranchent en faveur d'une absence d'alexithymie également. Il s'agit de données qui apparaissent nettement opposées sur les deux échelles de mesure.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. Le participant présente un déficit au plan de ses capacités de contrôle et de tolérance au stress (D ajusté et CDI) bien qu'il démontre une suffisance de ressources internes (EA). Il se livre à une introspection négative qui met l'emphasis sur les traits négatifs de l'image de soi. Cette rumination le plonge dans une autodépréciation chronique qui peut le mener à vivre de la culpabilité ou de la honte (SumV).

Le participant tend à reconnaître son besoin de proximité mais fait preuve de prudence dans l'expression de ce dernier lorsqu'il se retrouve dans un contexte plus étroit impliquant des échanges physiques. Plutôt que d'accueillir ouvertement l'autre personne, il s'assure de ré-établir son espace personnel pour se préserver (SumT). Il n'en demeure pas moins qu'il s'intéresse aux autres, mais ses attentes interpersonnelles élevées ainsi que sa mauvaise compréhension des gens l'amènent à porter interprétation sur leurs gestes relationnels (Somme des contenus humains et H pur). Dès lors, le participant opte pour des agissements inadaptés et inefficaces aux situations, et susceptibles de provoquer son rejet ou des conflits non désirés (GHR et PHR). Lorsque le participant se retrouve en groupe, il est perçu comme étant aimable et sociable, et cela

l'encourage à percevoir d'un bon œil ses relations dans un tel environnement (COP et AG). Toutefois, il tend à faire la démonstration de ses connaissances lorsqu'il se sent déstabilisé dans un pareil contexte, ce qui lui permet de conserver son assurance. Cette réaction défensive ne crée toutefois pas une entrave à ses relations interpersonnelles pour autant (PER). Malgré cela, le participant demeure isolé sur le plan social parce qu'il a du mal à établir de bons contacts avec les autres et à maintenir des relations significatives. Cette réalité lui laisse un sentiment d'insatisfaction (Index d'isolement social).

Dépression et Anxiété. Les scores aux inventaires de Beck suggèrent un niveau léger de dépression (BDI-II) et d'anxiété (BAI).

Participant 8

Enfin, les données concernant la dernière participante viennent clore la sous-section relative à l'interprétation des profils de chaque participant.

Alexithymie. La participante présente de faible probabilité d'être alexithymique au TAS-20, alors qu'elle affiche une alexithymie intermédiaire au RAS. La conclusion de ces données est apportée par les trois indices de la RAS qui maintiennent l'absence d'alexithymie.

Déficits intrapersonnels et interpersonnels au Rorschach. La participante surestime ses capacités de contrôle et de tolérance au stress (D ajusté). À prime à bord, ses ressources se présentent limitées mais l'analyse des résultats suggère plutôt une fragilité chronique à la désorganisation en regard aux stress inhérents de la vie (EA). L'organisation de sa personnalité est immature et cet aspect peut engendrer des problèmes dans la gestion des exigences quotidiennes. Cette difficulté affecte essentiellement la sphère relationnelle et peut contribuer à l'exercice d'un contrôle (D ajusté et CDI). Pour optimiser son fonctionnement en dépit de la vulnérabilité de ses ressources internes, la participante doit se retrouver dans des environnements structurés dépourvus d'ambiguïté (D ajusté, CDI et EA).

Son immaturité relationnelle s'exprime sous forme d'une incompétence interpersonnelle et contribue de façon importante à sa difficulté d'établir et de maintenir des relations étroites. Elle peut être perçue par les autres comme étant distante et inadéquate dans ses échanges, superficielle dans ses relations et démontrant une faible sensibilité aux besoins d'autrui (CDI). D'autre part, elle se distingue par une dépendance relationnelle qui l'amène à entretenir des attentes élevées à l'endroit des autres. Ainsi, elle conçoit à ce que les gens lui démontrent une tolérance envers ses besoins et ses exigences, et y répondent au moment voulu (Fd). En ce qui concerne ses relations affectives étroites, et celles impliquant particulièrement un contact, elle reconnaît son besoin mais l'exprime de façon prudente en mettant l'accent sur la préservation de son espace personnel (SumT). Cet aspect va de pair avec son isolement social (Somme des

contenus humains et H pur). Dans l'ensemble de ses relations, elle peut sentir son intégrité interpersonnelle ébranlée. Pour y remédier, elle adopte une attitude autoritaire. Elle sera alors vue comme étant rigide et étroit d'esprit, surtout avec ceux qui ne se soumettent pas à l'emprise qu'elle tente d'exercer (PER). La participante ne semble pas consciente de la portée de ses enjeux relationnels, puisqu'elle anticipe néanmoins les interactions positives entre les gens et se démontre intéressée à y participer (COP et AG). Cependant, elle demeure plus réticente à s'y prêter de façon active et courante (Index d'isolement social).

Dépression et Anxiété. La participante expose un niveau modéré de dépression sur l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) et affiche un niveau d'anxiété léger sur l'inventaire d'anxiété de Beck (BAI).

Le Tableau 9 présente la synthèse des résultats obtenus pour chacun des participants, permettant ainsi d'avoir accès à leur profil pour chacune des variables à l'étude.

Tableau 9
Synthèse des indicateurs

Indices au <i>Rorschach</i>	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Capacité de contrôle et tolérance au stress								
Score D Adj et CDI	+	+	+	+	-	-	-	-
EA	+	-	-	+	-	-	+	-
EB et Lambda	+	+	-	+	+	-	+	+
es et es Ajusté	+	+	-	-	+	+	+	-
eb								
FM	+	-	+	+	+	+	+	+
SumC'	+	-	+	-	+	+	+	+
SumV	+	-	+	+	-	+	-	+
SumT	+	-	+	-	-	+	+	+
Perception des relations et comportements interpersonnels								
CDI	+	+	+	+	+	-	+	-
HVI	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Rapport a:p	-	-	+	-	+	+	+	+
Réponses alimentation (Fd)	+	+	+	+	+	+	+	-
SumT	-	+	-	-	-	-	-	-
Somme des contenus humains et H pur	+	-	-	-	-	-	-	-
GHR/PHR	-	-	+	-	-	+	-	+
COP et AG	+	+	-	-	+	+	+	+
PER	+	-	+	-	+	+	-	-
Indice isolement social	+	+	+	-	+	+	-	-

Tableau 9 (suite)
Synthèse des indicateurs

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Indices d'alexithymie								
TAS-20	Faible	Non concluant	Faible	Faible	Fort	Fort	Fort	Faible
DIF	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
DDF	Faible	Fort	Faible	Faible	Fort	Fort	Fort	Faible
EOT	Faible	Faible	Faible	Faible	Fort	Fort	Fort	Fort
RAS	Intermédiaire	Intermédiaire	Fort	Intermédiaire	Intermédiaire	Fort	Faible	Intermédiaire
3 indices hors norme	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Indices de dépression au Beck	Léger	Modéré	Absence	Absence	Absence	Léger	Léger	Modéré
Indices d'anxiété au Beck	Minimal	Léger	Minimal	Minimal	Minimal	Léger	Léger	Léger

Notes. - Présence d'un déficit (hors norme) + Absence de déficit (norme)

Points saillants entre les participants

Dans cette deuxième partie, les résultats distinctifs et significatifs sont analysés puis commentés. Pour ce faire, ils sont abordés à travers cinq subdivisions. La première est relative à l'alexithymie selon la TAS-20 et la RAS. La deuxième et la troisième subdivision concernent les déficits intrapersonnels et les déficits interpersonnels au *Rorschach*. Le quatrième sous-segment se consacre à la dépression et à l'anxiété. La cinquième sous-partie examine le sommeil. Enfin, les forces et les limites viennent conclurent cette section.

En tout premier lieu, concernant les caractéristiques des participants, il importe de mentionner que la consommation d'alcool ou de drogues ne semble pas liée à l'alexithymie, contrairement aux résultats d'études antérieures. Cependant, une telle conclusion doit être prudemment avancée, puisque cette observation ne s'applique qu'à un seul participant de l'échantillon. Il s'agit de la participante 2 qui ne présente toutefois pas d'indicateur d'alexithymie. D'autres études doivent donc se pencher davantage sur cet aspect, car certains auteurs (Kauhanen et al., 1993) suggèrent que l'addiction à l'alcool ou aux drogues est présente chez les alexithymiques en tant que moyen de gestion émotionnel.

Alexithymie

Les résultats de la TAS-20 et de la RAS obtenus dans cette étude confirment la présence d'une alexithymie chez la participante 6. En ce qui concerne les participants 5

et 7, il apparaît une incongruence entre l'échelle de la TAS-20 et les trois indices de la RAS. En effet, chez ces deux participants, il est indiqué un fort niveau d'alexithymie sur l'échelle, tandis qu'un faible niveau d'alexithymie est soulevé par les trois indices. Pour expliquer cette divergence de résultat, la notion de continuum s'avère une justification envisageable. L'alexithymie est une variable considérée comme étant dimensionnelle qui s'établit sur un continuum (Mikolajczak & Luminet, 2006). Il est donc possible qu'au-delà du score des deux instruments de mesure, certains participants présentent une certaine forme d'alexithymie. Par exemple, en examinant les résultats des sous-échelles de la TAS-20 qui repose sur un continuum, certains participants répondent avec des scores plus élevés. C'est le cas des participants 5 et 7 dont leurs résultats respectifs à la DDF et à la EOT se situent dans la moitié supérieure de ces mêmes sous-échelles, soit respectivement 16/25 et 18/25 pour la DDF ainsi que 24/40 et 25/40 pour la EOT.

Le contraste qui se dégage entre ces résultats pourrait aussi se justifier par la nature administrative des instruments de mesure utilisés. En effet, la formule autodéclarée de la TAS-20 exige une certaine capacité introspective à répondre à des questions nécessitant d'identifier et de décrire ses émotions, ainsi que de distinguer ses émotions de ses sensations corporelles. Dans le cas d'un scénario alexithymique, il est à se demander si un participant peut parvenir à rendre des réponses valides aux questions telles que « J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier » (Lundh & Broman, 2006). Tandis que la RAS, une mesure associée au *Rorschach*, permet d'explorer la dynamique intrapsychique de l'individu à travers les enjeux de sa structure de personnalité, la nature

de ses angoisses et les processus psychiques liés à son développement affectif. Ce test n'exige aucune capacité particulière et la formule projective limite l'influence potentielle des biais que pourraient renfermer les réponses.

Par ailleurs, la question relative à l'échantillon doit être considérée dans l'analyse des résultats de l'alexithymie. Le présent essai renferme un nombre restreint de participant et un seul d'eux (participante 6) est confirmé alexithymique selon la TAS-20 et la RAS. Ce résultat vient appuyer le taux d'alexithymie établi par les études dont la prévalence est de 5 à 17 % de la population générale (Franz et al., 2007; Kokkonen et al., 2001; Salminen et al., 1999; Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997). Toutefois, en considérant les résultats élevés des sous-échelles de la TAS-20 pour les participants 5 et 7, en plus de son score total affirmant une alexithymie, le nombre de participants alexithymiques augmente pour se situer à 37 %. Bien que la RAS infirme la présence d'alexithymie pour les participants 5 et 7, leurs sous-échelles viennent enrichir le tableau alexithymique qui se dégage de la TAS-20 et peut, dans une certaine mesure, ramener le taux de participants à un taux similaire tel que rapporté dans les études menées en milieu clinique, soit de 30 à 60 % (Franz et al., 2007; Kokkonen et al., 2001; Salminen et al., 1999; Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997).

Enfin, la prise de médication peut aussi être à l'origine de la différence des scores obtenus au TAS et au RAS. Par exemple, cinq participants (2, 3, 4, 5, 7) affirment avoir recours à une ordonnance médicale pour gérer leurs problèmes de sommeil. Les effets de

la médication pourraient avoir une certaine incidence sur l'alexithymie évaluée par les deux instruments de mesure employés au présent essai. De ce fait, il pourrait être pertinent de considérer la prise de médication dans une éventuelle étude.

Déficits intrapersonnels au Rorschach

En ce qui a trait à la capacité de contrôle et de tolérance au stress (D ajusté et CDI), cinq participantes (2, 3, 5, 6 et 8) présentent de faibles ressources intérieures (EA) qui les limitent de façon chronique dans leur fonctionnement quotidien. Pour la participante alexithymique (soit la participante 6), ce résultat est conforme à ce qui est retrouvé dans la littérature qui évoque un registre émotionnel rudimentaire, une régulation émotionnelle pauvre (Taylor et al., 1997) et mésadaptée (Besharat, 2010; Parker et al., 1998) ainsi qu'une immaturité des mécanismes de défense chez les personnes alexithymiques (Parker et al., 1998). Cette conclusion pourrait également s'appliquer à la participante 5 étant donné qu'elle démontre une certaine forme d'alexithymie selon le résultat à la TAS-20 et les sous-échelles DDF et EOT à la TAS-20. Tandis que pour les participantes 2 et 8 non alexithymiques, le manque de ressource interne pourrait être lié à l'indice modéré de dépression indiqué sur l'échelle de Beck.

Par ailleurs, quatre des huit participants (1, 3, 6 et 8) ne semblent pas avoir de pression interne (eb) et n'éprouveraient pas de difficulté à gérer leurs émotions générées par les événements. Tandis que la participante 2 est la seule à être aux prises avec une impulsivité (FM), une internalisation des affects (SumC'), une introspection négative

(SumV) et une déprivation affective (SumT). Pourtant, cette participante ne présente pas d'alexithymie. Pour cette dernière, ces données pourraient s'expliquer par l'insuffisance de ressource interne qui ne permet pas de gérer l'envahissement émotionnel avec laquelle elle est aux prises. Le niveau de dépression modéré indiqué sur l'échelle de Beck vient renchérir cette affirmation. En ce qui concerne la participante 6, soit la participante alexithymique, cette observation va à l'encontre des études qui soutiennent que les personnes alexithymiques sont ébranlées émotionnellement dans les contextes d'échanges émotionnels (Batson, Fultz, & Schoenrade, 1987; Batson et al., 1981). Cependant, comme le soutiennent plusieurs auteurs (Meganck et al. 2009), ces personnes ont une faible propension aux échanges relationnels étroits et disposent d'une pauvre représentation des concepts interpersonnels. Ainsi, les résultats de la participante 6 pourraient, d'une part, signifier l'absence d'activité favorisant la pression interne et, d'autre part, témoigner d'une position de détachement interpersonnel lui permettant de se préserver émotionnellement.

Une autre caractéristique de l'ensemble des résultats relatif au déficit intrapersonnel concerne la sous-échelle DIF qui dénote qu'aucun participant n'éprouve particulièrement de difficulté à identifier ses émotions. En effet, ces scores sont faibles, c'est-à-dire qu'ils sont inférieurs à 18 sur un score total de 35. En outre, la majorité des participants de cette étude sont des femmes. Cette donnée contrevient à la littérature qui cible la DIF comme étant caractéristique à ce groupe. Par ailleurs, trois des sept femmes (2, 5 et 6) exposent un score élevé sur la sous-échelle DDF (plus de 12 sur un score total

de 25) et sur la sous-échelle EOT (un score de 20 et plus sur un total de 40). Pour la participante alexithymique (participante 6), il est possible que ses ressources limitées à l'adaptation fassent obstacle à sa capacité à décrire ses émotions et à symboliser ses affects. Tandis que pour la participante 5 qui présente des facettes alexithymiques, sa difficulté à décrire ses émotions pourrait aussi s'expliquer par ses faibles ressources, en plus de sa tendance à l'introspection négative et sa déprivation affective. Enfin, pour la participante 2 non alexithymique, l'ensemble de tous ces critères se joint à des besoins insatisfaits et à une internalisation des affects.

Déficits interpersonnels au Rorschach

L'indice relatif à l'intensité du besoin de contact et ses manifestations (SumT) est hors norme chez tous les participants, à l'exception de la participante 2 qui présente ce besoin de façon typique. Certains expriment un intense besoin de contact (participantes 4 et 5), tandis que d'autres se montrent plus prudents dans les échanges impliquant une proximité physique (participants 1, 3, 6, 7 et 8). L'efficacité des comportements interpersonnels (GHR/PHR) est négative chez cinq participants (1, 2, 4, 5 et 7). Toutefois, la conception interne des interactions entre personnes (COP et AG) est positive chez presque tous les sujets, sauf pour les participantes 3 et 4.

Pour les sujets 5 et 7 présentant des attributs alexithymiques et pour la participante 6 alexithymique, ces données recueillies appuient les écrits empiriques. Selon certains auteurs (Konrath et al., 2011), les personnes alexithymiques démontrent davantage un

mode relationnel interdépendant qui répond à leur besoin de maintenir des relations sociales harmonieuses. Elles sont désireuses d'entrer en contact avec les gens et voit d'un bon œil les relations interpersonnelles. Mais, leur difficulté à exprimer leurs émotions et leur crainte d'être rejetée (Montebarocci, Surcinelli, Rossi, & Baldaro, 2004; Thorberg et al., 2010) les amènent à adopter une distance dans leurs relations, ce qui enfreint leurs élans à aller vers les autres (Mikilajczak & Luminet, 2006). Ces éléments se rencontrent dans la sous-échelle DDF (difficulté à décrire verbalement ses émotions) de la TAS-20 par leur difficulté importante à mettre en œuvre les moyens en vue de communiquer avec les autres (Weinryb et al., 1996).

L'effcience négative des comportements interpersonnels pour la participante alexithymique (6) et les participants avec caractéristiques alexithymiques (5 et 7) pourrait aussi s'expliquer par le fait que les individus alexithymiques sont sensibles aux autres mais sont plus enclins à développer une détresse lorsqu'ils sont en présence d'une personne en désarroi (Moriguchi et al., 2007). Le faible intérêt qu'ils démontrent aux autres pourrait ainsi s'expliquer par le fait qu'ils tentent de se protéger des personnes affligées (Decety & Lamm, 2006).

Enfin, un déficit de l'indice de réponse personnelle (PER) est présent chez la moitié des participants (participant 2, 3, 4 et 7). Ces participants ne sont pas considérés alexithymiques à l'exception du participant 7 qui présente de fortes caractéristiques alexithymiques selon la TAS. Pour expliquer la présence de cet indice, il pourrait être

envisageable de concevoir que ces gens ont un besoin de rétablir leur assurance ou leur individualité afin d'éviter de paraître faible aux yeux des autres, à défaut d'être en mesure de le faire par le biais d'échanges relationnels adaptés.

Dépression et anxiété

Six participants présentent une absence de dépression ou un niveau léger de dépression (soit les participants 1, 3, 4, 5, 6, et 7), tandis que deux participantes démontrent un niveau modéré de dépression (soit les participantes 2 et 8). Pour les sujets dont le profil illustre une alexithymie ou une forte tendance alexithymique (5, 6 et 7), ces données contredisent les études qui soutiennent l'existence d'une corrélation positive modérée entre la dépression et les sous-échelles DIF et DDF de la TAS-20 (Li et al., 2015). Selon ces auteurs, les personnes alexithymiques rumineraient leurs pensées pour gérer leurs affects lorsqu'ils vivent des situations suscitant des émotions. Ce qui, en retour, générerait des affects dépressifs (Watkins, 2008; Watkins & Moulds, 2005). Or, les résultats obtenus auprès des trois participants en question n'indiquent pas ce mode de gestion émotionnel. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'ils ne souffriraient pas de dépression au stade de leur alexithymie.

Pour ce qui est de l'anxiété, la moitié des participants rapporte un niveau minimal alors que l'autre moitié expose un niveau léger. Les participants 5 et 7 présentant de fortes caractéristiques alexithymiques et la participante 6 alexithymique font partie de ce groupe. Même si les résultats s'inscrivent sur un continuum d'anxiété, les données de

ces derniers participants n'apparaissent pas congruentes avec celles présentées dans les études qui soulèvent des liens corrélationnels positifs entre l'anxiété et l'alexithymie. Ici aussi, il est probable que la phase alexithymique de ces participants n'ait pas encore favorisé la mise en place de l'anxiété. Par ailleurs, il importe de mentionner que des auteurs (Dalbudak et al., 2013; Onur et al., 2013; Taylor et al., 1997) ciblent certains troubles spécifiques, tels que le trouble de panique, le trouble d'anxiété généralisée et l'anxiété sociale. Or, le présent essai fait l'emploi du BAI dont la mesure s'applique à l'ensemble des troubles anxieux plutôt qu'à certains d'entre eux. Ainsi, une telle précision concernant les catégories d'anxiété ne peut apparaître dans la présente étude.

Sommeil

Bien que les trois sous-échelles de la TAS-20 soient associées à des troubles du sommeil, la DIF (difficulté à identifier les émotions) se présente comme étant le meilleur prédicteur des symptômes d'insomnie selon Kronholm et al. (2008). Cette conclusion ne s'applique pas à la participante alexithymique (6) et aux participants à profil alexithymique (5 et 7) de cette étude, puisque le score de chacun d'eux est inférieur à 18 à la sous-échelle DIF. Les auteurs poursuivent en soutenant que la sous-échelle EOT apparaît davantage liée aux perturbations du sommeil chez les hommes. Cette affirmation doit être apportée sous toute réserve au présent essai, puisque l'échantillon ne renferme qu'un seul participant masculin. Aussi, ce dernier se démarque par la sous-échelle DDF qui est suivie de très près par la sous-échelle EOT.

En revanche, d'autres auteurs (Lundh & Broman, 2006) soutiennent qu'il n'existe pas de corrélation entre la dépression, l'anxiété, et le perfectionnisme, suggérant ainsi que la sous-échelle EOT soit davantage associée à l'insomnie. Les données de cet essai obtenues auprès des participants 5, 6 et 7 corroborent cette conclusion, alors que celles-ci dénotent un score respectif supérieur à 20 sur la sous-échelle EOT. À titre de rappel, cette sous-échelle fait référence à l'absence d'une élaboration mentale et d'une symbolisation des affects et des conflits. Ainsi, l'insomnie pourrait revêtir des enjeux intrapsychiques relatifs à la capacité de symbolisation des émotions qui seraient non consolidées chez les participants de cette étude présentant un caractère alexithymique ou étant alexithymique.

Forces et limites de l'essai

Ce projet d'essai comporte très certainement quelques valeurs, bien qu'elles soient modestes. Le parcours de la littérature permet de constater qu'un faible nombre de recherche s'est attardé à l'influence de l'alexithymie sur l'insomnie depuis les dernières années. Ce travail apporte donc, dans une certaine mesure, une contribution au développement de ces connaissances.

À cela s'ajoute le choix des instruments utilisés. Le jumelage de la TAS-20, du *Rorschach* et de la RAS apporte un nouvel angle d'analyse. Ces instruments permettent de s'attarder aux mécanismes intrapsychiques présents chez les alexithymiques insomniaques. Ainsi, l'agencement de ces instruments a pu mettre en lumière de forts

éléments alexithymiques chez des participants qui ne répondaient pas nécessairement aux indices alexithymiques. Aussi, les valeurs relatives aux déficits intrapersonnels et interpersonnels viennent enrichir la compréhension de cette problématique.

En revanche, quelques considérations apparaissent en ce qui concerne les limites de cette étude et de leurs impacts. La première limite concerne la taille restreinte de l'échantillon. L'objectif de cette étude exploratoire ne consiste pas à produire des résultats généralisables. Il n'en demeure pas moins qu'un nombre plus important de participant pourrait offrir la possibilité de voir comment prend forme les déficits intrapersonnels et interpersonnels dans un ensemble plus large et de soulever d'autres particularités chez les alexithymiques insomniaques.

Également, le choix restreints des indices du *Rorschach* limite la compréhension qui peut se dégager des différents protocoles. Ainsi, il aurait été souhaitable d'intégrer des protocoles entiers des participants pour prendre connaissance des autres indices et de leur interrelations afin d'en retirer une image plus complète de la problématique.

Enfin, la dernière limite concerne le questionnaire d'informations préliminaires administré aux participants. Il aurait été pertinent de documenter davantage les problèmes d'insomnie dans ce même outil, en ajoutant, par exemple, la durée de l'insomnie, son ampleur afin d'avoir une idée plus globale de leur insomnie.

Conclusion

L'objectif de cet essai consiste à explorer les mécanismes intrapsychiques de l'alexithymie sur l'insomnie. Plus précisément, il s'agissait de voir comment prend forme les déficits intrapersonnels et interpersonnels ainsi que la dépression et l'anxiété auprès de personnes alexithymiques souffrant d'insomnie.

Parmi les huit participants vus en clinique, une participante est confirmée alexithymique à partir de la TAS-20 et de la RAS. Considérant l'alexithymie comme étant une problématique dimensionnelle plutôt que catégorielle, deux autres participants sont reconnus comme ayant de fortes caractéristiques alexithymiques aux sous-échelles « difficulté à décrire les émotions » (DDF) et « pensée orientée vers l'extérieur » (EOT) de la TAS-20.

En ce qui concerne les déficits intrapersonnels au *Rorschach*, la participante alexithymique se démarque par un registre émotionnel rudimentaire, une régulation émotionnelle pauvre et mésadaptée ainsi que par une immaturité des mécanismes de défense. Toutefois, elle ne présente pas de pression interne. Enfin, pour ce qui se rapporte à ce bloc, les trois participants ne semblent pas éprouver de difficulté à identifier leurs émotions, comme le rapporte leur faible score à la sous-échelle DIF. Aussi, ils affichent un score élevé aux sous-échelles DDF et EOT, contrairement à ce qui est mentionné dans la littérature.

Les deux participants affichant des caractéristiques alexithymiques se livrent à une rumination des aspects négatifs d'eux-mêmes. L'un d'eux présente de faibles ressources intérieures et expose une déprivation affective, tandis que l'autre ne semble pas présenter de pression intérieure.

Pour ce qui est des déficits interpersonnels au *Rorschach*, l'efficiencia négative des comportements interpersonnels pour les trois participants est présente et aucun d'eux ne démontre un intérêt aux autres. Toutefois, la conception interne des interactions entre personnes est positive pour chacun d'eux. D'un autre côté, la participante alexithymique et l'un des participants aux fortes caractéristiques alexithymiques se montrent prudents dans leurs contacts étroits. À l'opposé, la participante aux fortes caractéristiques alexithymiques exprime un intense besoin de contact.

En ce qui a trait aux indices de dépression et d'anxiété, aucun de ces participants ne répond à ces échelles de façon significative, contrairement à ce qui est indiqué dans la littérature.

Au terme de cette étude, il apparaît que la sous-échelle EOT « pensée orientée vers l'extérieur ou pensée opérationnelle » est associée à l'insomnie chez ces trois participants. Ce qui laisse croire que l'insomnie relève plutôt d'enjeux intrapsychiques relatifs à la capacité de symbolisation des émotions qui serait non consolidée chez les participants alexithymique ou présentant des caractéristiques alexithymique.

Études à venir

Certaines recherches pourraient s'inscrire dans la suite de cet essai. Par exemple, la réalisation d'études portant sur d'autres dimensions intrapsychiques de l'alexithymie chez les insomniaques pourrait rendre plus claire cette problématique peu connue. Également, en ayant recours à un échantillon représentatif ainsi qu'à des protocoles entiers, il serait enrichissant de travailler sur les convergences et les divergences existant entre la TAS-20 et la RAS. Ceci pourrait, par exemple, rendre à l'évidence la présence de profil alexithymique le cas échéant, ou de mettre en lumière certains indices alexithymiques rencontrés de façon récurrente. La présente étude exploratoire peut s'avérer une amorce vers l'avancement de ces connaissances en ce sens.

Références

- Aisenstein, M., & Smadja, C. (2010). Introduction to the paper by Pierre Marty: The narcissistic difficulties presented to the observer by the psychosomatic problem. *International Journal of Psychoanalysis*, 91, 343-346.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York, NY: Norton & Company.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders, revised; Diagnostic and coding manual*. Chicago, IL: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.
- Bagby, M., & Taylor, G. J. (2018). *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*. Cambridge, Medicine.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The Twenty item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33-40.
- Bastien, C. (2011). Insomnia: Neurophysiological and neuropsychological approaches. *Neuropsychology Review*, 21(1), 22-40.
- Bastien, C., Vallières, A., & Morin, C. (2004). Precipitating factors of insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 2(1), 50-62. doi: 10.1207/s15402010bsm0201_5
- Batson, C. D., Duncan, B. D., & Ackerman, P. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 290-302.
- Batson, C. D., Fultz, J., & Schoenrade, P. A. (1987). Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality*, 55, 19-39.
- Bauermann, T. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2008). Sleep problems and sleep hygiene in young adults with alexithymia. *Personality Individual Differences*, 45, 318-322.

- Bazydlo, R., Lumley, M. A., & Roehrs, T. (2001). Alexithymia and polysomnographic measures of sleep in healthy adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 56-61.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Besharat, M. A. (2010). Relationship of alexithymia with coping styles and interpersonal problems. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 614-618.
- Birt, M. A. L., Sandor, V., Vaida, A., & Birt, M. E. (2008). Alexithymia, a risk factor in alcohol addiction? A brief research report on Romanian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8, 217-225.
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris, France : Elsevier Masson.
- Bretherton, I., & Beeghly, M. (1982). Talking about internal states: The acquisition of an explicit theory of mind. *Developmental Psychology*, 18, 906-921.
- Bretherton, I., Fritz, J., Zahn-Waxler, C., & Ridgeway, D. (1986). Learning to talk about emotions: A functionalist perspective. *Child Development*, 57, 529-548.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Buysse, D. J., Germain, A., & Moul, D. E. (2005). Diagnosis, epidemiology, and consequences of insomnia. *Primary Psychiatry*, 12(8), 37-44.
- Carskadon, M. A. (2002). *Adolescent sleep patterns; Biological, social, and psychological influences*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Cordovil de Sousa Uva, M. (2011). *Étude des fonctions cognitives, des symptômes affectifs et du craving chez les patients alcoololo-dépendants en cure de sevrage : analyse transversale et longitudinale* (Thèse de doctorat inédite). Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve.
- Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Yıldırım, F. G., & Ugurlu, H. (2013). Alexithymia and personality in relation to social anxiety among university students. *Psychiatry Research*, 209, 167-172.

- Decety, J. & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *Scientific World Journal*, 6, 1146-1163.
- de Groot, J. M., Rodin, G., & Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia-nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 53-60.
- De Koninck, I. (1997). Sleep, the common denominator for psychological adaptation. *Psychologie canadienne*, 38, 191-195.
- Dollander, M. (2002). Étiologies de l'insomnie chez l'adulte. *L'Encéphale*, 28(6), 493-502.
- Dunn, J., & Brown, J. (1991). Relationships, talk about feelings, and the development of affect regulation in early childhood. Dans J. Garber & K. A. Dodge (Éds), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 89-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ebben, M. R., & Spielman, A. J. (2009). Non-pharmacological treatments for insomnia. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(3), 244-254.
- Espie, C. A. (1994). *Le traitement psychologique de l'insomnie*. Liège : Pierre Mardaga Éditeur.
- Espie, C. A., Kyle, S. D., Hames, P., Cyhlarova, E., & Benzeval, M. (2012). The daytime impact of DSM-5 insomnia disorder: Comparative analysis of insomnia subtypes from the Great British Sleep Survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(12), 1478-1484.
- Exner, J. E. (2001). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (4^e éd.). Paris, France : Éditions Frison-Roche.
- Exner, J. E., & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: Vol. 2. Advanced interpretation*. New York, NY: Wiley.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2005). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac Books.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... Braehler, E. (2007). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry Epidemiology*, 43, 54-62.

- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröeger, R., Franke, G. H., ... Spitzer, C. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 189-194.
- Grabe, H. J., Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Harald, J., ... Völzke, H. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 139-147.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O., Grèzes, J., & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy? *Personality and Individual Differences*, 49, 845-850.
- Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, 50, 451-456.
- Honkalampi, K., Hinitkka, J., Takanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 99-104.
- Horney, K. (1952). The paucity of inner experiences. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 3-9.
- Hyypä, M. T., Lindholm, T., Kronholm, E., & Lehtinen, V. (1990). Functional insomnia in relation to alexithymic features and cortisol hypersecretion in a community sample. *Stress Medicine*, 6, 277-283.
- Izci, F., Gultekin, B. K., Saglam S., Koc, M. I., Zincir, S. B., & Atmaca, M. (2014). Temperament, character traits, and alexithymia in patients with panic disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 879-885.
- Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., Covino, N. A., & Sifneos, P. E. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: Clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56, 90-93.
- Joukamaa, M., Saarijärvi, S., Muuriaisniemi, M. L., & Salokangas, R. K. R. (1996). Alexithymia in a normal elderly population. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 144-147.
- Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 373-376.
- Jula, A., Salminen, K., & Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia. A facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33, 1057-1061.

- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Julkunen, J., Wilson, T. W., & Salonen, J. T. (1993). Social factors in alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 330-335.
- Kelman, N. (1952). Clinical aspects of externalized living. *American Journal of Psychoanalysis*, 12, 15-23.
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M. R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476.
- Konrath, S., Grynberg, D., Corneille, O., Hammig, S., & Luminet, O. (2011). On the social cost of interdependence: Alexithymia is enhanced among socially interdependent people. *Personality and Individual Differences*, 50, 135-141.
- Kronholm, E., Partonen, T., Salminen, J., Mattila, A., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia, depression and sleep disturbance symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 77, 63-65.
- Krystal, H. (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Levant, R. F. (1997). *Men and emotions. A psychoeducational approach*. New York, NY: Newbridge.
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20 Item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227, 1-9.
- Loas, G., Otmani, O., & Verrier, A. (1996). Factor analysis of the French version of the 20-Items Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Psychopathology*, 29, 139-144.
- Luminet, O. (Éd.). (2013). *Psychologie des émotions. Nouvelles perspectives pour la cognition, la personnalité et la santé*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Luminet, O., Vermeulen, N., & Grunberg, D. (2013). *L'alexithymie : comment le manque d'émotions peut affecter notre santé*. Paris, France : De Boeck.

- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 230-246.
- Lundh, L.-G. (2005). The role of acceptance and mindfulness in the treatment of insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 29-39.
- Lundh, L.-G., & Broman, J.-E. (2006). Personality and individual differences. *Alexithymia and Insomnia*, 40, 1615-1624.
- MacLean, P. D. (1949). Psychosomatic disease and the « visceral brain » - recent developments bearing on the Paper theory of emotion. *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., & Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 43-49.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 27, 345-356.
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 629-635.
- Mattila, M. (2009). *Alexithymia in Finnish general population* (Thèse de doctorat inédite). Université de Tampere, Finlande.
- Maunder, R. G., Hunte, J. J., Atkinson, L., Steiner, M., Wazana, A., Fleming, A. S., ... Levitan, R. (2017). An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosomatic Medicine*, 79, 506-513.
- Meganck, R., Vanheule, S., & Inslegers, R. (2009). Alexithymia and interpersonal problems: A study of natural language use. *Personality and Individual Differences*, 47, 990-995.
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., & Giromini, L. (2014). *An introduction to Rorschach-based performance assessment*. Dans R. P. Archer & S. R. Smith (Éds), *Personality assessment* (pp. 301-369). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Mikolajczak, M., & Luminet, O. (2006). Is alexithymia affected by situational stress or is it a stable trait related to emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 40, 1399-1408.

- Montabaroacci, O, Surcinelli, P., Rossi, N., & Baldaro, B. (2011). Alexithymia, verbal ability and emotion recognition. *Psychiatric Quarterly*, 82, 245-252.
- Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., ... Komaki, G. (2006). Empathy and judging other's pain: An fMRI study of alexithymia. *Cerebral Cortex*, 17, 2223-2234.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large Japanese community and clinical samples: A cross validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Biopsychosocial Medicine*, 7, a22.
- Morin, C. (2010). Chronic insomnia: Recent advances and innovations in treatment developments and dissemination. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 51(1), 31-39. doi: 10.1037/a0018715
- Morin, C., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 34(5), 601-608.
- Morin, C., Bélanger, L., & Fortier-Brochu, É. (2006). Sommeil, insomnie et psychopathologie. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 47(4), 245-262.
- Morin, C., & Espie, C. A. (2004). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York, NY: Springer.
- Morin, C., & Jarrin, D. C. (2013). Epidemiology of insomnia: Prevalence, course, risk factors, and public health burden. *Sleep Medicine Clinics*, 8(3), 281-297.
- Morin, C., Leblanc, M., Bélanger, L., Ivers, H., Mérette, C., & Savard, J. (2011). Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 56(9), 540-548.
- Morin, C., LeBlanc, M., Daley, M., Grégoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7(2), 123-130.
- Motan, I., & Gençö, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 333-343.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. Dans O. W. Hill (Éd.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3, pp. 430-439). London: Butterworths.

- Noël, M.-P., & Rimé, B. (1989). Pensée opératoire, alexithymie et investigation psychosomatique : revue critique. *Cahiers de psychologie cognitive*, 8, 573-599.
- Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., Pipe, W. E., & Joyce, A. S. (2012). A naturalistic study of alexithymia among psychiatric outpatients treated in an integrated group therapy program. *Psychology and Psychotherapy*, 85, 278-291.
- Ong, J. C., Cvengros, J. A., & Wyatt, J. K. (2008). Cognitive behavioral treatment for insomnia. *Psychiatric Annals*, 38(9), 590-596.
- Onur, E., Alkin, T., Sheridan, M. J., & Wise, T. N. (2013). Alexithymia and emotional intelligence in patients with panic disorder, generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Psychiatric Quarterly*, 84, 303-311.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationships with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 91-98.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Acklin, M. W. (1993b). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1105-1107.
- Parker, K. C., Hanson, R. K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin*, 103(3), 367-373. doi: 10.1037/0033-2909.103.3.367
- Pecukonis, E. V. (2009). Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. *Pain Management Nursing*, 10, 116-123.
- Pennebaker, J. W., Francis, M. E., & Boothe, R. J. (2001). *Linguistic Inquiry and Word Count, LIWC 2001*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pinaquy, S., Charbrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P., & Barbe, P. (2003). Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obesity Research*, 11, 196-201.
- Pirlot, G., & Corcos, M. (2012). Understanding alexithymia within a psychoanalytical framework. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1403-1425.

- Poirot, I. (2012). Place des thérapies comportementales dans la prise en charge des insomnies [The role of behaviourist therapies in insomnia treatments]. *Annales médico-psychologiques*, 170(3), 202-207.
- Porcelli, P., & Meyer, G. J. (2002). Construct validity of Rorschach variables of alexithymia. *Psychosomatics*, 43(5), 360-369.
- Porcelli, P., & Mihura J. (2010). Assessment of alexithymia with the Rorschach comprehensive system: The Rorschach Alexithymia Scale. *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 128-136.
- Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M., & De Carne, M. (1999). Alexithymia and functional gastrointestinal disorders: A comparison with inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 263-269.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S., & Taylor, G. J. (1995). Alexithymia in inflammatory bowel disease: A case-control study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 49-53.
- Preti, A., Sancassiani, F., Cadoni, F., & Crata, M. G. (2013). Alexithymia affects pre-hospital delay of patients with acute myocardial infection: Meta-analysis of existing studies. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 69-73.
- Robertson, J. A., Broomfield, N. M., & Espie, C. A. (2006). Prospective comparison of subjective arousal during the pre-sleep period in primary sleep-onset insomnia and normal sleepers. *European Sleep Research Society*, 16, 230-238.
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5 Suppl), S7-S10.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population in Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 75-82.
- Serrano, J., Plaza, V., Sureda, B., de Pablo, J., Picado, C., Bardagi, S., ... Sanchis, J. (2006). Alexithymia: A relevant psychological variable in near-fatal asthma. *European Respiratory Journal*, 28, 296-302.
- Sifneos, P. E. (1967, September). *Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases*. Papier présenté au 7th European Conference on psychosomatic research, Rome.
- Simon, G. E., & VonKorff, M. (1997). Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *The American Journal of Psychiatry*, 154(10), 1417-1423.

- Smith, M. T., Huang, M., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatry disorders. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 559-592.
- Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinical depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (1), 117-128. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199901)55:1<117::aid-jclp12>3.0.co;2-a
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: Characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *Plos ONE*, e5751.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. Dans R. Bar-On & J. D. A. Parker (Éds), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 40-67). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 561-568.
- Thorberg, F. A., Young, R., Sullivan, K., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. X. (2010). A psychometric comparison of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Observer Alexithymia Scale (OAS) in an alcohol-dependent sample. *Personality and Individual Differences*, 49, 119-123. doi: 10.1016/j.paid.2010.03.018
- Turk, D. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.
- Wade, A. G. (2010). The societal costs of insomnia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7, 1-18.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239-247.

- Watkins, E. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Watkins E., & Moulds M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328.
- Watters, C. A., Taylor, G. J., & Ayearst, L. E. (2016). Measurement invariance of English and French language versions of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 35, 29-36. doi: 10.1027/1015-5759/a000365
- Weiner, I. B. (2003). *Principles of Rorschach interpretation* (2^e éd.). New York, NY: Routledge.
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Hellstrom, D., Andersson, E., Broberg, A., & Rylander, G. (1996). Interpersonal problems and personality characteristics: Psychometric studies of the Swedish version of the IIP. *Personality and Individual Differences*, 20, 13-23.
- Zimmermann, G., Quartier, V., Bernard, M. V., Salamin, V., & Maggiori, C. (2007). Qualités psychométriques de la version française de la TAS-20 et prévalence de l'alexithymie chez 264 adolescents tout-venant. *L'Encéphale*, 33(6), 941-946.
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Trauma Stress*, 14, 177-188.

Appendice A

Lettre d'information et formulaire de consentement au participant

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche intitulé *l'Alexithymie et le fonctionnement intrapsychique chez les personnes présentant une problématique du sommeil*, réalisé par Annie Coulombe, étudiante au Doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la gestion des émotions (alexithymie) et différentes dimensions intrapsychiques (gestion des émotions, capacités relationnelles et estime de soi) sur le sommeil, serait grandement appréciée.

Objectif

L'objectif de ce projet de recherche est de comprendre comment la capacité à gérer ses propres émotions, la capacité à entrer en relation avec les autres et son estime de soi peuvent influencer le sommeil. Ces dimensions seront évaluées dans une seule rencontre.

Les renseignements fournis dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consistera d'abord à remplir quelques questionnaires. Ces questionnaires peuvent prendre environ 40 minutes. Par la suite, un test psychologique sera administré pour une durée approximative 1h30. Les questionnaires à remplir et le test psychologique administré lors de cette rencontre portent plus spécifiquement sur la façon de gérer ses émotions, la façon de vivre ses relations avec les autres, la façon qu'on se perçoit et le sommeil. La rencontre aura lieu dans un local du GMF-U de Joliette (intégré au CISSS de Lanaudière).

Lors de la rencontre, l'enregistrement du test psychologique sera utilisé uniquement dans le but de réécouter le contenu, afin de s'assurer de l'exactitude des informations recueillies. Les enregistrements seront conservés jusqu'à la fin de la transcription des données au bureau de la Directrice de la recherche, Madame Julie Lefebvre. Après ce délai, les enregistrements des données seront détruits selon la procédure prévue à cette fin.

Tâche détaillée pour la recherche

Après avoir donné votre consentement à participer à ce projet de recherche lors de l'appel téléphonique de Annie Coulombe, étudiante au Doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières et responsable de ce projet de recherche, voici les tâches que vous aurez à accomplir par la suite : devez tout d'abord répondre aux questionnaires joints à cette lettre d'information. Voici les autres tâches que vous aurez à accomplir par la suite :

Durée du questionnaire ou test	Type de questionnaire ou test
Environ 10 minutes	Un questionnaire d'informations préliminaires d'ordre sociodémographique
Environ 10 minutes	Un questionnaire sur la capacité à gérer ses émotions
Environ 10 minutes	Un questionnaire sur l'anxiété
Environ 10 minutes	Un questionnaire sur la dépression
Environ 1,5 heure	Un test psychologique

Les tests utilisés ne requièrent aucune connaissance particulière; il s'agit de répondre spontanément aux questions posées. Si vous en ressentez le besoin, il sera possible de prendre une pause lors de la passation des tests.

Risques, inconvénients, inconforts

La possibilité de vivre des émotions en parlant de votre vécu à travers les questionnaires demeure l'inconvénient principal. Si tel est le cas, voici certaines ressources pouvant vous venir en aide :

- Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de Lanaudière (ROCASML)
517, rue Archambault,
Joliette, Québec, J6E 2W6
(450)834-8665
- Ligne Parents
Ligne téléphonique 24/7 Sans frais
1-800-361-5085

- Lueur du phare de Lanaudière
676, boulevard Manseau,
Joliette, Québec, J6e 3E6
450-752-4544
- Centre de prévention du suicide de Lanaudière
Ligne sans frais : 1-866-277-3553

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances dans ce domaine, le sentiment de se sentir valorisée et l'occasion de faire valoir votre expérience sont les bénéfices directs prévus à votre participation.

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire ne sera accordée.

Confidentialité

Les données recueillies dans cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. La confidentialité sera assurée par l'attribution d'un numéro de dossier aux participants de la recherche. La diffusion des résultats de la recherche ne permettra en aucun cas d'identifier les participants.

Les informations recueillies ne seront partagées d'aucune façon avec les membres du personnel d'un service de santé sauf si un membre de l'équipe du projet considère que ces informations laissent supposer que votre santé ou votre sécurité puisse être menacées.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans le bureau de Madame Julie Lefebvre professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et directrice de l'étudiante chercheuse principale de cette recherche Annie Coulombe. Les données seront détruites à la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Votre refus de participer à la recherche n'aura aucune incidence sur votre dossier de santé médicale ou mentale, ni par la qualité des services du GMF-U

qui vous sont offerts. Si vous participez à l'étude, vous êtes libre de répondre ou non aux questions no, 9, 10, 11 et 12 du questionnaire d'informations préliminaires apparaissant sur la page 2 du document.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Annie Coulombe, chercheuse. Pour ce faire, vous pouvez laisser un message sur la boîte vocale de Madame Julie Lefebvre, professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières au 819-376-5011 poste 3539.

Surveillance des aspects éthiques de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-19-253-07.10 a été émis le 25 février 2019. Cette recherche a également été approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains du CISSS de Lanaudière le 13 mai 2019.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique au CEREH@uqtr.ca.

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche du CISSS de Lanaudière : par téléphone au 450-654-7525 poste 30191 ou encore par courriel à recherche.ciessleran@ssss.gouv.qc.ca.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits, ou pour formuler une plainte, vous pouvez aussi joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Lanaudière : par téléphone au 450-759-5333 poste 2133 ou par courriel à plaintes.ciessleran@ssss.gouv.qc.ca.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Annie Coulombe, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet « L'alexithymie et le fonctionnement intrapsychique chez les personnes présentant une problématique du sommeil ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte que le test psychologique soit enregistré sur enregistreur numérique. Il est à noter que l'enregistrement ne sera pas utilisé pour des fins de diffusion mais uniquement pour compléter l'information fournie verbalement.

Oui _____
Non _____

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant(e) ou participant :	Chercheuse :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice B
Questionnaire d'informations préliminaires

Questionnaire d'informations préliminaires

Numéro dossier : _____

Date : _____

1. Sexe :

Masculin _____

Féminin _____

2. Date de naissance et âge : _____

3. Statut marital :

Marié(e) : _____

Conjoint(e) de fait : _____

En couple : _____

Célibataire : _____

Séparé(e)/divorcé(e) : _____

Veuf(ve) : _____

Depuis quand? : _____

4. Enfants et âge des enfants :

5. Avec qui vivez-vous et depuis quand?

6. Niveau d'éducation complété : _____

7. Occupation actuelle : _____

8. Aviez-vous déjà consulté un professionnel en santé mentale? Si oui, quand et pourquoi?

9. Prenez-vous des médicaments? Lesquels et pour quelles raisons?

10. Quel est la dernière fois que vous avez consommé de l'alcool?

11. Quel est la dernière fois que vous avez consommé des drogues illicites?
